訪問歯科診療申込書　兼　問診票

申込日　：　　年　　月　　日

フリガナ 氏名	男　・　女	生年月日	年　　月　　日（　　歳）
住所			
往診先	居宅　／　病院・施設等（　　）		
	住所	TEL　（　　）　駐車スペース：　有　・　無	
寝たきりの原因になった疾患	・脳血管疾患　・心疾患　・神経系疾患 ・その他（　　）		
その他の疾患	・高血圧（　　／　　）　・糖尿病　・肝臓疾患　・腎疾患 ・その他（　　）		
主治医名	氏名　：　（　　病院　TEL　（　　）		
	氏名　：　（　　病院　TEL　（　　）		
担当ケアマネージャー名	TEL　（　　）		
居宅介護支援事業所名	TEL　（　　）		
かかりつけ歯科医	TEL　（　　）		
介護保険の介護度	要支援　１　・　２　　要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５　／　受けていない		
どうなさいましたか（主訴）	・　入れ歯が合わない　・　入れ歯が壊れた　・　新しい入れ歯を作りたい ・　歯が痛い　・　歯ぐきが腫れている その他（　　）		

＜　利用者の状況　＞

寝たきり度　1）寝たきり　2）準寝たきり　3）その他（　　）

感染症の有無　1）有（　　）　2）無

食事形態　1）普通食　2）ミキサー食　3）その他（　　）

義歯装着　1）有（作成時期：　　）　2）無

口腔清掃　1）毎日　2）時々　3）してない

うがい　1）できる　2）できない

服用中の薬（　　）

その他連絡事項等	

※上記項目で不明な箇所については空欄のままで提出してください。

申込者氏名　：

続柄　：

連絡先電話番号　：　（　　）

診察希望日

第一希望	月	日	時
第二希望	月	日	時
第三希望	月	日	時

返信先FAX番号　048－865－8116

医療法人　洵生会　　ファーストタワー歯科クリニック

〒336-0021　埼玉県さいたま市南区別所7-2-1-103　　TEL　048-865-8117　　Fax　048-865-8116