

訪問歯科診療申込書及び同意書【記入者： 続柄 様】

No		フリガナ	
		氏名	様
生年月日	明・大・昭	年	月 日 歳 性別 男・女
住所	〒		
TEL	①	②	
保険証	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 重度障害者 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 原爆手帳		
介護認定	無・有・申請中 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)		
ケアマネージャー		担当者氏名	事業所名
		TEL	FAX
感染症	無・有 (病名)		
現病	<input type="checkbox"/> 心臓 (心筋梗塞・狭心症・心不全) *ペースメーカー 有・無 <input type="checkbox"/> 脳疾患(脳梗塞 脳出血・くも膜下出血) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患(人工透析 有・無) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患(人工透析 有・無) <input type="checkbox"/> 脊椎損傷 <input type="checkbox"/> 骨折・圧迫骨折(腰椎・大腿骨・膝関節) <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 特定疾患(病名：) <input type="checkbox"/> その他 ()		
装着医療器具	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> フォーレ <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう・経鼻)		
お口の状態	<input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> その他 ()		
主訴	入れ歯を作りたい・痛みがある・入れ歯が合わない・歯ぐきが腫れている・出血している 抜歯してほしい・口臭がある・詰め物、被せ物が取れた・口腔ケアをしてほしい 虫歯の治療・歯がグラグラしている・その他 ()		
通院できない理由			
駐車場	有・無 (*無の場合の駐車場所について・・・)		
備考欄 (自宅近辺で目印になるものがあればご記入願います)			

【同意欄】

私は訪問歯科診療を申し込みします。

同意書氏名

記入日 令和 年 月 日

(続柄)

印



医療法人 青心会

こころ歯科クリニック
 メリィハウス歯科クリニック
 ラベンダー歯科クリニック

TEL 070-1871-7231(訪問専用)

FAX 082-811-9988

● FAXは下記番号へご返信ください

医療法人青心会 こころ歯科クリニック

FAX:082-811-9988