≪ いるか訪問歯科クリニック 訪問診療 申し込み票 ≫

ご依頼内容	無料検診 ・ 治 療 を希望します。	お申し込み日：令和 年 月 日

患者様 氏名		フリガナ		性別	男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 （ 歳）				
訪問先のご住所	〒				
電話番号	― ―				
担当ケアマネージャー様	氏 名		電話番号	― ―	
	事業所名		FAX番号	― ―	
日程調整などのご連絡をさせていただける方	氏 名	(ご本人様 ・ ご家族様 ・ 後見人様 ・ ケアマネージャー様)			
	TEL (携 帯)	― ―			

御依頼者名	事業所名（ ） 紹介者名（ 様） 居宅介護支援事業所 ・ 地域包括支援センター ・ 訪問看護Ｓｔ ・ 訪問介護 ・ 病院
電話番号・ＦＡＸ	ＴＥＬ ― ― ＦＡＸ ― ―

主 訴 患者様が受診を求める主な理由	（※ 例「左の下の歯が痛い」、「詰め物がとれた」、「歯がグラグラする」など）		
お口の状態	総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ 自歯	痛み	有 ・ 無
受け答え	受け答え（会話）ができる ・ 少しならできる ・ 難しい		
歩行状況	寝たきり ・ 準寝たきり ・ 要介助 ・ 車いす ・ 短時間可能 ・ 屋内可能 ・ 他（ ）		

介護保険認定	有 ・ 無 ・ 申請中	要介護度	要支援（１・２） 要介護度 １・２・３・４・５
医療保険種類	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢者 ・ 生保 ・ 障害 ・ その他（ ）		
病 歴 現在または過去にかかった病気	高血圧症 ・ 心臓疾患（心筋梗塞・弁膜症・中核欠損・ペースメーカー使用） ・ 腎臓（透析 有・無） 糖尿病 （インシュリン投与 有・無） ・ 認知症（重度・軽度） ・ 肝臓（Ａ型・Ｂ型・Ｃ型） その他（ ）		
通院困難な理由	脳疾患（脳梗塞（右・左） ・ 脳卒中 ・ 脳溢血 ・ 骨折（腰椎・大腿骨・膝関節） ・ 関節リウマチ 変形症（腰椎・頚椎・膝関節） ・（上肢・下肢）機能全廃 ・ 筋萎縮症 ・ パーキンソン病 脊髄損傷 ・ 悪性腫瘍後遺症 ・ その他（ ）		
感染症	有 ・ 無	※有の場合は記入	症

（ 病歴・ご都合の悪い日はお分かりになる範囲で結構です。）

ご都合の悪い日	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後
理由							

※お手数ですが患者様のご了承を得られた上で、上記項目にご記入の上、下記までＦＡＸでご送信お願い致します。

FAX：042-506-1979

いるか訪問歯科クリニック

東京都立川市曙町2－32－14 セレナハイム立川スクエアコート１階

Tel：0120-418-855