

歯科訪問診療 申込み受付票

受付日 年 月 日

ふりがな		※可能な範囲で記入をお願い致します。	
患者氏名		性別	男 ・ 女
住所	:	TEL:	
生年月日	大・昭	年	月 日 (歳)
訪問先	: 自宅 ・ 施設 (入居 ・ SS)		
訪問先住所	:		
キーパーソン	氏名	(続柄:	)
同居・別居	→ 住所:	TEL:	

訪問診療目的・紹介目的

口腔ケア 歯がグラグラする 歯が痛い 血が出る 歯茎が腫れている 虫歯
義歯(部分入れ歯・総入れ歯)が合わない・作りたい・壊れた 摂食嚥下障害
その他 ()

・現在の身体状況

寝たきり ・ 車椅子 ・ 歩行器使用 ・ つえ歩行 ・ 自立歩行

・意思の疎通

通じる ・ 介護者の協力があれば通じる ・ ほとんど通じない

・認知症

有 ・ 無

・食事の形態

経口 (普通 ・ やわらかい ・ ミキサー食) ・ 胃ろう その他 ()

・介護保険

有 ・ 無

※ 有 → 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

・訪問希望曜日 月 ・ 火 ・ 水 ・ 金 (複数 OK) ※午前中の訪問になります。

ご担当者様

ふりがな:	
氏名:	
ご連絡先 TEL:	FAX:
役職種: ケアマネージャー ・ 相談員 ・ その他 ()	