

訪問歯科診療申込書(問診票)

申込日	年	月	日	No.1		
患者	ふりがな		性別	生年月日		年齢
	氏名		男・女	T・S・H・R 年 月 日		歳
	住所 (〒 -)					
	※入院している場合のみ記載してください 病院 (〒 -)					
依頼者	ふりがな					
	氏名					
連絡方法	続柄 本人・家族(同居・別居)・親類・ケアマネジャー 介護関係・病院関係・その他 ()					
	患者・家族 (続柄: 氏名:) ・事業者・その他の連絡先 () 電話: - -					
主訴	☐ 歯の痛み 具体的に ☐ 歯肉の痛み ☐ 義歯関連 ☐ その他					
	訪問場所					
	居室・施設・病院・その他 ()					
	駐車場					
かかりつけ歯科医院(最後に受診した歯科医院) 有・無 歯科医院名: 電話: - -						
医科主治医 ()先生 病院名: 電話: - -						
通院が困難な理由 歩行困難・寝たきり・認知症・その他 ()						
健康保険 社会保険・国民健康保険・後期高齢者・生活保護・ 各種手帳(有・無)・障害者 ()種 ()級						
介護保険 認定なし・認定あり(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)						
ケアマネジャー 担当者名: 事業所名: 電話: - - FAX: - -						
現在の身体機能 意思疎通: できる・ある程度できる・できない うがい: できる・できない 座位保持: 保持可能・背もたれ必要・不可能						
食形態 経口摂取(できる・できない) 常食・軟食・刻み食 ・とろみ刻み食・ミキサー食・半固形食(ゼリー食) 非経口: 胃ろう・経鼻・IVH(高カロリー輸液)						
現在の全身状態・既往歴						
ご希望の曜日	月	火	水	木	金	土
	午前					
	午後					

みやぎ訪問歯科相談室 FAX:022-225-4843

※ご提供いただいた情報は、連携医療機関への情報提供のみに使用し、厳重に取扱いたします。

服用している薬 ※お薬手帳のコピーでも可

	薬剤名	薬効
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

備考