

訪問歯科依頼書

記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日	M. T. S. H.	年	月	日	
患者様氏名	男 女					歳	
住所							
TEL		駐車場	無・有 ()				
介護保険	要支援 1. 2.		要介護 1. 2. 3. 4. 5.			【○を付けて下さい】	
保険の種類	1.国保	2.社保	3.生保	4.障	5.後期高齢	6.高齢受給者	【○を付けて下さい】

1. どうしましたか 【○を付けて下さい】

- ・歯の部 1. 虫歯の治療をしたい 2. 歯が痛い 3. 歯が動く 4. 歯が抜けた
5. 詰め物が取れた 6. 歯茎から血が出る 7. 歯茎が腫れた
- ・義歯の部 1. 義歯を作りたい 2. 義歯があわない(調整したい)
3. 義歯が壊れた(金具が取れた・割れた・歯が取れた)
- ・その他 ()

2. 現在食事は摂れますか

- 1. 摂れる 2. 柔らかい物なら摂れる 3. ほとんど摂れない
- 4. その他 ()

3. 現在治療中、または過去にかかったことがある病気 【○を付けて下さい】

- 1. 脳血管疾患 (脳梗塞後遺症・脳内出血・脳血栓・多発性脳梗塞)
- 2. 心臓疾患 (心筋梗塞・狭心症・不整脈) 3. 糖尿病 4. リウマチ
- 5. 肝臓疾患 6.肺炎 7.高血圧 8.パーキンソン病
- 9. その他 ()

4. 感染症の有無 【○を付けて下さい】

- 無
- 有 : 1. A・B・C 肝炎 2. HIV 3. 結核 4. 梅毒
- 5. その他 ()

5. かかりつけ病院

- 1. 病院名 : 科 : 往診・通院
- 2. 病院名 : 科 : 往診・通院

6. 訪問介護・訪問看護・デイサービス等ご利用の為、都合の悪い曜日・時間

- 訪問介護 : 曜日 時～ 時頃迄
- 訪問看護 : 曜日 時～ 時頃迄
- デイサービス : 曜日 時～ 時頃迄
- その他 () 曜日 時～ 時頃迄

ご紹介事業所様名	TEL・FAX
ご依頼者様氏名 (ご担当者様)	<input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 他 ※該当する項目に☑チェックして下さい
備考	

【この問診票は当法人で定めた使用目的の範囲内にて利用致します】

医療法人社団 東京昌栄会 もとえデンタルクリニック 訪問診療部
 TEL : 042-530-7800
 FAX : 042-530-7802