

# 訪問歯科診療 FAX申込用紙

※お分かりになる範囲でご記入の上、FAXにてお送りください

※ 受 診 者			
(ふりがな) 氏名		性別	□明治 □大正 □昭和 □平成
	様	男・女	年 月 日生まれ
訪問先	〒		
連絡先	電話 ( ) -	FAX ( ) -	
介護度	支援1・2 介護1・2・3・4・5	駐車スペース	□あり □なし
保険/公費	国・社・後期・生保 / 障・原・54特定	希望する 曜日・時間帯	曜日 □午前中 □午後
患者様の状態	食事は(□普通食 □きざみ食 □ソフト食 □ミキサー食 □経管栄養) うがいが(□できる □できない) ・ □起き上がる □起き上がれない		
現在の問題点	<input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 歯周病・口腔ケア <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 詰め物・被せが取れた <input type="checkbox"/> その他( )		
具合の悪い場所	<input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 上前 <input type="checkbox"/> 下前 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 顎 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 不明		
特異体質・アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( <input type="checkbox"/> 食べ物 <input type="checkbox"/> 金属 ) <input type="checkbox"/> その他( )		
かかったことのある 病気・治療中の病気	認知症 ・ 高血圧 ・ 脳梗塞 ・ 脳卒中 ・ 糖尿病 ・ 骨粗しょう症 ・ 癌 腎臓病 ・ リウマチ ・ 心筋梗塞 ・ 肝臓病 _____型 その他 ※通院困難理由に必要 ( )		
主治医	担当医名 : _____ 先生 病院名 : _____	連絡先	電話 ( ) -
投薬状況	お飲みになっているお薬がわかれば教えてください		
※ ご 家 族			
(ふりがな) 氏名		続柄	
請求書 送付先 ※訪問先と異なる 場合のみ記入	〒	緊急 連絡先	電話 ( ) - 携帯 ( ) -
※ 担 当 者			
担当者名	様	連絡先	電話 ( ) -
事業所名			FAX ( ) -



医療法人社団みずほ会 FAX : ホームページ記載の番号へお願いします。