

(みずほ会) 訪問歯科診療 FAX専用お申し込み用紙

◎印の部分は、お手数ですが漏らさず記入いただけますようお願い申し上げます。

◎ 受 診 者 情 報			
(ふりがな) 氏 名		生年月日 MTSH 年 月 日	
		性別 男 ・ 女	
住所	〒	介護度	支援1・2 介護1・2・3・4・5
		保険/公費	国・社・後期・生保 重障・原・51特定
駐車スペース <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 近くの駐車場等を利用		希望する曜日・時間帯	曜日 <input type="checkbox"/> AM : <input type="checkbox"/> PM :
		いつでも可 ・ 本人(御家族)と応相談	
連絡先	電話 () -	FAX () -	
◎ 担 当 者 (CM・施設担当者・病院内看護師・ご家族 等)			
(ふりがな) 担当者氏名		続柄	家族 CM 施設内担当者 その他 ()
		電話 () - FAX () -	
施設・事業所名			
診療情報提供書 持参先 (※月に一度、担当Drが 記入したものを持参させて いただきます)		施設 居宅介護支援事業所 その他	例(〇〇居宅介護支援事業所 〇〇CM)
問 診	◎どうなさいましたか?	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> むし歯を直したい <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 歯がグラグラ <input type="checkbox"/> 入れ歯を直したい <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物とれた <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 検診をして欲しい <input type="checkbox"/> □口腔ケアをして欲しい <input type="checkbox"/> □腔リハビリをして欲しい <input type="checkbox"/> その他 ()	
	具合の悪い場所は どこですか?	<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"/> その他	
	特異体質・アレルギー はありますか?	<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 はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病(透析) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳卒中 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 肝臓病(A型 B型 C型) <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 感染症 () 現在 治療中の病名(通院困難理由に必要) ()	
	現在処方されている お薬はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () ()	
	現在かかりつけ医院 はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 医院名 () 担当医師 () 電話番号 () -	
	食事について	食事は(<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 経管栄養) うがいは(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない)	
ご依頼内容について補足事項があればご記入をお願いします。			