年　　月　　日（　）

訪問歯科診療申込書

事業所名		ご担当者	
連絡先	電話番号（　　ー　　ー　　） 携帯番号（　　ー　　ー　　）		

ふりがな		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　月　日（　才）
患者名					

訪問先住所	□在宅 □施設（種別：　　名称：　　） 市
ご家族 （キーパーソン）	□同居　（続柄：　　） □別居　（続柄：　　） ご住所（請求先） 市 電話番号（　　ー　　ー　　） 携帯番号（　　ー　　ー　　）
①どうされましたか？ （主訴）	□無料歯科検診希望 □歯が痛い　□歯肉が痛い　□詰物がとれた　□歯を入れたい □お口のチェック　□お口のケア　□歯石を取ってほしい □定期検診希望　□その他（　　） □義歯について　□痛い　□合わない　修理　□新規作成 □その他（　　）
②どこが痛みますか	右上奥　前上　左上奥 右下奥　前下　左下奥　頬　舌　唇　顔　その他
③痛みはいつからですか	□今日はじめて　□（　　）日前から　□ずっと前から　□時々　□無い
④主な既往歴を教えてください（訪問理由）	□脳梗塞　□脳出血　□心不全　□心筋梗塞　□パーキンソン病　□認知症 □誤嚥性肺炎　□糖尿病　□骨粗鬆症 □その他（　　）
⑤感染症はありますか？	□無　□有（感染症名：　　）
⑥歩行や座位は可能ですか？	□寝たきり　座位可能　□車いす　□歩行困難（杖歩行など）　□歩行可能
⑦抗血栓薬はお飲みですか？	□服用（薬名：　　）　□無
⑧介護度を教えてください （負担割合も分かれば）	要支援：□ 1　要支援：□ 2 要介護：□ 1　要介護：□ 2　要介護：□ 3　要介護：□ 4　要介護：□ 5 負担割合（　　割）
⑨医療保険証の種類を教えてください	□後期高齢者受給者証（負担割合：　　割）　□国民健康保険　□社会保険 □一部助成医療証　□生活保護　□その他（　　）
⑩訪問のご都合の悪い曜日・時間帯を教えてください	

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
17:00以降							

⑪駐車場はありますか？	□有　□無（近隣パーキング　□有　□無　）
⑫折り返しご連絡先は？	□ご家族（本人）に直接　□ケアマネージャーさんを介して
申込先医院	□おとなこども医院　□OCEAN医院　□丸亀医院　□ALOHA歯科

FAX	おとなこども医院・OCEAN 医院・丸亀医院	ALOHA 歯科
	0877-41-161	086-363-1771