

※必要事項をご記入・ご入力の上、上記番号へ送信又はご連絡ください

# 訪問歯科診療申込書

【申込日】 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申込者氏名	様	本人との関係	連絡先	
-------	---	--------	-----	--

<b>受診希望者</b>	ふりがな _____ 様		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
<b>生年月日</b>	大 昭 平 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 満 _____ 歳		
<b>訪問先住所</b>	住所 _____		
<b>電話番号</b> <small>確実に連絡可能な番号</small>	自宅 _____		
	携帯電話/他 _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他 ( _____ )		
<b>同居者</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (続柄 _____)	訪問時立会い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (続柄 _____)
<b>主 訴</b>	<input type="checkbox"/> 入れ歯 [ <input type="checkbox"/> ゆるい <input type="checkbox"/> 壊れた ] <input type="checkbox"/> 歯/歯ぐき [ <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 痛い ] <input type="checkbox"/> 詰め物 [ <input type="checkbox"/> 取れた <input type="checkbox"/> 欠けた ] <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]		
<b>病 歴</b>	<input type="checkbox"/> B型・C型肝炎 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HIVなどの感染症 [ あり・なし ] <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の経験 [ あり・なし ] <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]		
<b>日常生活</b>	<input type="checkbox"/> 自力歩行可能 <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> 寝たきり		
<b>介護認定</b>	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 [ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ] <input type="checkbox"/> 要介護 [ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ] <input type="checkbox"/> 申請中		
<b>生活保護</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<b>障害者手帳</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (等級 _____)
<b>ケアマネジャー</b>	事業者名 _____		電話番号 _____
	担当者名 _____		携帯電話 _____
<b>かかりつけ 医師</b>	<input type="checkbox"/> あり →	医院名 _____	電話番号 _____
	<input type="checkbox"/> なし	主治医 _____	
<b>かかりつけ 歯科医師</b>	<input type="checkbox"/> あり →	歯科 医院名 _____	電話番号 _____
	<input type="checkbox"/> なし	主治医 _____	
<b>キーパーソン</b>	氏名 _____ 様	関係 _____	
<b>訪問診療 希望曜日 希望時間</b>	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土		<b>🅐 駐車スペース</b>
	午前 [ _____ 時 _____ 分頃 ~ _____ 時 _____ 分頃 ]		<input type="checkbox"/> あり [ _____ ]
	午後 [ _____ 時 _____ 分頃 ~ _____ 時 _____ 分頃 ]		<input type="checkbox"/> なし
<b>備考欄</b>	<input type="checkbox"/> その他 [ _____ ] 近くに有料駐車場 [ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ]		
<b>※医院使用欄</b>	No. _____	担当歯科医師 _____	

問い合わせ/申込み先 アペックス メディカル・デンタル クリニック    E-mail : apexdental@meister-group.jp