

訪問歯科診療申込書 日立歯科医師会 FAX 0294-38-0407

| | | | |
|--|------------|-----|--|
| | 年 月 日() : | 担当者 | |
|--|------------|-----|--|

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|--|---|----|-------------------------------|-------------------------------|---|----|--|---|---|-------|-----|
| 1 | 氏名 (受診する人) | | 2 | 性別 | 男 <input type="checkbox"/> | 女 <input type="checkbox"/> | 3 | 年齢 | | 歳 | 4 | 日程調整先 | TEL |
| | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---------------|-----|-----|
| 5 | 住所 (受診する人) | 市 郡 | 町 村 |
|---|---------------|-----|-----|

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 6 | 依頼者 (連絡をした人) | | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 病院関係者 <input type="checkbox"/> 家族・親類・知人 <input type="checkbox"/> 施設関係者 <input type="checkbox"/> 行政関係者 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | |
| | | | * 連絡先 TEL | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 7 | * 通院困難の理由 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | * 歯科診療の主訴 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 基礎疾患・障害種類(複数回答可) | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | <input type="checkbox"/> 脳卒中、脳血管障害後遺症、脳血管障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脊髄障害、脊髄、頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 頭部損傷 <input type="checkbox"/> 慢性関節リウマチ <input type="checkbox"/> 神経・筋疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患、循環機能障害 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 視覚障害、感覚器障害 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ウィルス性肝炎 <input type="checkbox"/> 精神障害、神経科疾患 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|----|--|-----|----|--|--|--|--|
| 9 | かかりつけ歯科医院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 名称 | | 連絡先 | 住所 | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|----|----------|--|----|------|---|
| 10 | 要介護認定の有無 | <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 | 11 | 意思疎通 | <input type="checkbox"/> 十分可 <input type="checkbox"/> やや可 <input type="checkbox"/> 不可 |
|----|----------|--|----|------|---|

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 12 | 在宅サービスの状況 | | | | | | | | | | | | |
|----|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|----|---------|----|-------|----|---|-----|
| 13 | 担当医 | 先生 | | 病院 | 科 | TEL |
| | | 先生 | | 病院 | 科 | TEL |
| | 担当ケア・マネ | | * 連絡先 | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 14 | 特記事項 | | | | | | | | | | | | |
|----|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|