

訪問歯科依頼書

記入日 年 月 日

ふりがな		男女	生年月日	M. T. S. H.	年 月 日	歳
患者様氏名						
住所				同居人 有・無		
TEL			駐車場	無・有()		
介護保険	要支援 1. 2.	要介護 1. 2. 3. 4. 5.	【○を付けて下さい】			
保険の種類	1.国保 2.社保 3.生保 4.障	5.後期高齢 6.高齢受給者	【○を付けて下さい】			
	1.マイナンバーカード(保険証紐付け)		2.医療資格確認書	【○を付けて下さい】		

1. どうしましたか 【○を付けて下さい】

- ・歯の部 1. 虫歯の治療をしたい 2. 歯が痛い 3. 歯が動く 4. 歯が抜けた
5. 詰め物が取れた 6. 歯茎から血が出る 7. 歯茎が腫れた

- ・義歯の部 1. 義歯を作りたい 2. 義歯があわない(調整したい)
3. 義歯が壊れた(金具が取れた ・ 割れた ・ 歯が取れた)

- ・その他 1. 検診希望 等 ()

2. 現在食事は摂れますか

- 1.摂れる 2.柔らかい物なら摂れる 3.ほとんど摂れない 4.その他 ()

3. 現在治療中、または過去にかかったことがある病気 【○を付けて下さい】

- 1. 脳血管疾患 (脳梗塞後遺症 ・ 脳内出血 ・ 脳血栓 ・ 多発性脳梗塞)
2. 心臓疾患 (心筋梗塞 ・ 狹心症 ・ 不整脈) 3. 糖尿病 4. リュウマチ
5. 肝臓疾患 6.肺炎 7.高血圧 8.パーキンソン病
9. その他 ()

4. 感染症の有無 【○を付けて下さい】

- 無 有: 1. A ・ B ・ C 肝炎 2. HIV 3. 結核 4. 梅毒
5. その他 ()

5. 薬服用の有無

- 無 有: () () () ()

6. かかりつけ病院

- 1. 病院名 : 科 : 往診 ・ 通院

- 2. 病院名 : 科 : 往診 ・ 通院

7. 訪問介護 ・ 訪問看護 ・ デイサービス等ご利用の為、都合の悪い曜日・時間

訪問介護 : 曜日 時～ 時頃迄

訪問看護 : 曜日 時～ 時頃迄

デイサービス : 曜日 時～ 時頃迄

その他 () 曜日 時～ 時頃迄

ご紹介事業所様名	TEL・FAX
ご依頼者様氏名 (ご担当者様)	<input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 他 ※該当する項目に☑チェックして下さい
備考	

【この問診票は当法人で定めた使用目的の範囲内にて利用致します】

医療法人社団 はむら デンタルクリニック 訪問診療部

TEL : 042-530-7800

FAX : 042-530-7802