

アーク歯科・矯正歯科 <訪問歯科治療 お申込み用紙>

FAX : 03-3760-9192

お申込み日 年 月 日

ふりがな				性別	男 女
患者様名					
生年月日	明治 / 大正 / 昭和	年	月	日	才
ご住所	〒 -				
同居の家族	無 / 有 お名前() 続柄()				
電話番号	-	-	駐車場	有 / 無 (近隣パーキングを使用 ※)	
保険証	後期高齢 / 前期高齢 / 生保 / マル障 / その他()				
介護保険認定	有 / 無	要介護 要支援	1	2	3 4 5 認定中
現在および 過去の病気	有 / 無	心臓病 肝炎(A型 B型 C型) 糖尿病(インシュリン 有 / 無)			
		肝臓 心筋梗塞 認知症 その他()			
通院困難な理由	脳疾患 (脳梗塞 脳卒中 脳溢血) 骨折(腰椎 大腿骨 膝関節) 変形症 (腰椎症 関節症 膝関節症) 関節リュウマチ (上肢 下肢) 機能全廃 筋委縮症 パーキンソン病 悪性腫瘍 認知症 その他()				
口腔内の状態			全身の状態		
<input type="checkbox"/> 入れ歯があわない(上 下) <input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 歯が抜けた <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらしている <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛む <input type="checkbox"/> その他 ()			臥床状況 移動動作 聴力障害 言語障害 認知障害 意志表示	寝たきり / 寝たり起きたり 全介助 / 部分介助 / 自身で可能 有 / 無 有 / 無 有 / 無 可能 / 困難	
ご依頼者様	お名前 (ケアマネージャー ご本人 ご家族) ご連絡先				
ご担当ケアマネージャー様	お名前 事業所名 TEL FAX				
訪問日程のご相談のため担当者よりご連絡をさせていただきます。その際にご連絡させていただく方を教えてください。					
ご依頼者様 ケアマネージャー様 ご家族様 その他()					

※ 訪問先に駐車スペースがない場合、コインパーキング等の使用となり、駐車場代は患者様にご負担いただきます。

訪問診療 事務局 フリーダイヤル 0120-418-691
東京都目黒区鷹番2-19-3 大伴ビル3F (学芸大学駅 徒歩2分)

TEL:03-3760-9191 FAX:03-3760-9192