

診療申込書

東児はなふさ歯科医院 訪問診療

TEL・FAX:0863-66-5002

記入日 年 月 日

受診者	フリガナ		性別		連絡先 (電話)	() -	
	氏名		男・女				
	住所	〒		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
往診先	自宅・病院() 階 号室)・施設() 階 号室)						
主訴							
診療可能な曜日・時間							
通院困難な理由							
保険種類	国保・社保本人・社保家族・後期高齢者・障害・生保・その他()						
介護保険	なし・あり(要支援 1・2)(要介護 1・2・3・4・5)			特定疾患助成金の申請	なし・あり		
ケアマネジャー	事業所名		氏名		連絡先() -		
集金方法	<input type="checkbox"/> はなふさ歯科窓口を持参 <input type="checkbox"/> ご本人に集金 <input type="checkbox"/> 施設に集金						
請求書送付先	氏名		続柄				
	住所	〒					
キーパーソン (治療のご相談をさせていただく方)	氏名		受診者との関係		連絡先() -		
現病歴(現在治療中の病気)			既往歴(過去にかかった病気)				
感染症	なし・あり A・B・C 型肝炎 / その他()						
服薬状況(薬剤名)				禁忌		キシロイン使用	可・否
かかりつけ医院	医院名		担当医		連絡先() -		
肺炎の既往	なし・あり・繰り返しあり		低栄養のリスク	なし・あり・不明			
食事形態	普通食・介護食(常食・軟菜食・刻み食・ミキサー食・流動食・ゼリー等)・非経口						
入れ歯の使用状況	上顎	あり(全部入歯 / 部分入歯)・なし		下顎	あり(全部入歯 / 部分入歯)・なし		
経管栄養	ない・ある → 胃ろう・経鼻・その他		座位保持	良好・普通・不調			
開口保持	可能・困難・不可能		ブクブクうがい	可能・困難・不可能 → むせ			
治療終了後、定期的な口腔ケアを希望されますか?	希望する・希望しない						

お問い合わせ・FAX受付:月・火・水・金 9:00~17:00 土9:00~16:00 休診日:木・日祝
お問い合わせ時間帯以外はFAXが受け取れません