

↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑

歯科訪問治療・無料検診依頼書



FAX番号：050-3488-0759

電話番号：0467-27-5254

※直接、往診用携帯（09091908706）にご連絡頂いてもかまいません。（ショートメールも可）

|            |                                 |  |                                     |                                |
|------------|---------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------|
| 申込者の施設名・氏名 | 施設名                             |  | 氏名                                  |                                |
| 電話番号       |                                 |  | FAX番号                               |                                |
| 患者さんとの関係   | <input type="checkbox"/> 家族（続柄） |  | <input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー | <input type="checkbox"/> その他（） |

|        |              |   |    |   |   |   |   |   |  |   |  |   |
|--------|--------------|---|----|---|---|---|---|---|--|---|--|---|
| 患者さん氏名 | ふりがな         |   | 性別 | 男 | ・ | 女 |   |   |  |   |  |   |
|        |              |   |    |   |   |   |   |   |  |   |  |   |
| 生年月日   | 明            | ・ | 大  | ・ | 昭 | ・ | 平 | 年 |  | 満 |  | 歳 |
| 住所     | 〒<br>神奈川県横浜市 |   |    |   |   |   |   |   |  |   |  |   |
| 電話番号   |              |   |    |   |   |   |   |   |  |   |  |   |

※分かる範囲で構わないので、当てはまる項目に☑をつけて下さい。

|          |   |  |  |  |      |  |  |  |   |  |  |  |
|----------|---|--|--|--|------|--|--|--|---|--|--|--|
| 主訴       | <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れている <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 噛みにくい   |  |  |  |      |  |  |  |   |  |  |  |
|          | <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> その他（）   |  |  |  |      |  |  |  |   |  |  |  |
| 介護度      | <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 |  |  |  |      |  |  |  |   |  |  |  |
| 生活保護     | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   |  |  |  | 医療保険 |  |  |  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |  |  |  |
| 重度障害者医療証 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   |  |  |  |      |  |  |  |   |  |  |  |
| 患者さんの状態  | <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要  |  |  |  |      |  |  |  |   |  |  |  |

訪問希望日時

※希望日に○印、不可の日に×印を記入してください。

|    | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 午前 |   |   |   |   |   |   |   |
| 午後 |   |   |   |   |   |   |   |



かまくらデンタルクリニック深沢

かまくらデンタルクリニック深沢 院長：豊田 聡