

松下歯科医院 訪問歯科診療申込書

(FAX) 0965-35-5348 【保険証やお薬の情報も一緒に FAX お願い致します】

※太枠内は、ご家族記入欄（代筆可）

ご記入者氏名		訪問先 (病棟)	
患者氏名		男	生年月日
		女	明・大・昭・平 年 月 日
ご家族氏名		続柄	電話番号
請求書郵送先	(〒)		

同 意 書(✓とご署名をお願い致します)

☐ 歯科治療することに同意します。

☐ 治療後の口腔ケアに同意します。

☐ 感染防止のため、歯科治療や口腔ケア時に、ご本人専用の歯ブラシの購入をお願いしております。
ご本人様に必要な歯ブラシを当院で用意させていただきます。

年 月 日

署名 _____ 代筆者署名 _____

※施設・ケアマネージャー記入欄 ご記入者氏名 _____

歯科治療依頼内容（主訴） ✓を入れてください。	☐ 痛みがある ☐ 腫れている ☐ 入れ歯が合わない ☐ 入れ歯が割れた ☐ 飲み込む時にむせる ☐ 食事に時間がかかる ☐ 口腔ケア希望 ☐ その他 (_____)		
通院できない理由、主病名			
右の疾患がある方は ✓を入れてください。	☐ 高血圧性疾患（高血圧の薬 服用の方など） ☐ 不整脈 ☐ 虚血性心疾患（心筋梗塞、狭心症、心不全など） ☐ 骨粗鬆症 ☐ 脳血管障害（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血など） ☐ てんかん ☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ 慢性気管支炎 ☐ 甲状腺機能低下症 ☐ 甲状腺機能亢進症 ☐ 副腎皮質機能不全 ☐ 慢性腎臓病（透析患者） ☐ 人工呼吸器を装着している患者又は在宅酸素療法を行っている患者		
既往歴			
現在の内服薬等 (コピー添付可)			
注射・点滴など			
アレルギー体質	有・無	低栄養リスク	有・無・不明
肺炎の既往歴	有・無	食事形態	普通食・非経口（胃ろう・経鼻・その他）
麻痺	有・無（左・右）		介護食（常食・軟菜食・刻み食・ミキサー食・流動食・その他）
感染症（肝炎、HIV など）	有・無 (_____)		
週間予定や注意事項 (入浴、リハビリ、デイサービス等)			
介護情報	居宅支援事業所：		担当者：
	電話番号：		FAX：

*個人情報につきましては、当医院の利用目的以外では使用しません。