

訪問歯科診療FAX申込書

FAX: 03-3298-8869

イシヅカデンタルオフィス
大田区大森北1-10-7

記入日 令和 年 月 日

ふりがな 生年月日
お名前 男 女 明・大・昭・平 年 月 日 (オ)

住所(自宅・入所先) 〒

TEL

ご依頼者様(ケアマネージャー様) お名前:
事業所名: 電話番号:

患者様との続柄・関係:
FAX番号:

世帯状況 単身世帯 高齢者のみの世帯 その他()

どうなさいましたか? 歯が痛い 歯ぐきが痛い 義歯(入れ歯)を入れたい
 つめものがとれた 抜歯してほしい においが気になる
 その他()

通院していた歯科医院 ()

今までにかかったことのある病気はありますか? 心臓病 骨折 認知症 脳卒中 脳梗塞 脳出血
 肝臓病 肝炎(A・B・C) 骨粗鬆症 悪性腫瘍 糖尿病
 はい いいえ 腎臓病 喘息 血液疾患 胃・腸の病気 脳血管障害
 免疫系疾患 てんかん 肝臓病 その他()

血圧はいかがですか? 正常 高め 低め 最高() 最低()

アレルギーはございますか? いいえ はい()

現在の主たる病名 ()
通院困難な理由 ()

主治医: 医療機関名: 電話番号:
住所:

歩行状態 寝たきり 準寝たきり 要介助 車椅子 短時間可能 屋内可能

意思の疎通 完全に通じる ある程度通じる ほとんど通じない その他()

要介護状態区分 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

障害者手帳の有無 有(級) 無 お薬手帳の有無 有 無

障害高齢者(寝たきり度) J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症の症状はありますか? いいえ はい I IIa IIb IIIa IIIb IV M

ご連絡方法 患者様宅への電話 事業所様への電話
 身内・知人・その他への電話 ()

駐車スペース あり なし その他()

往診日時の希望 () ご希望に添えない時もございます

その他特記事項

Ishizuka
DENTAL OFFICE

当院の受診経験 初診 再診 TEL:3298-8868