

訪問歯科診療申込書 FAX：027-223-3734

※下記項目で不明な箇所については空欄のまま提出してください。

申込日 令和 年 月 日

フリガナ

患者氏名：_____ 男・女

生年月日：（明・大・昭・平・令） 年 月 日（年齢 歳）

住所：_____ TEL_____

依頼者氏名：_____ 本人との続柄：_____

緊急連絡先：_____

担当ケアマネ情報（不明の場合、空欄で提出してください）

担当ケアマネージャー名：_____ TEL_____

居宅介護支援事業所名：_____ TEL_____

介護認定：有（介護度：_____）・ 無

主治医と医療機関名

主治医名：_____（ _____ 病院 _____ 科） TEL_____

お口の中の状態について

1：主訴 虫歯 歯茎の痛み 入れ歯 とれた 飲み込みにく 口腔ケア

その他 _____

2：全身状態 心疾患 脳血管疾患 高血圧 糖尿病 認知症 感染症

その他 _____

3：服薬状況 _____

4：感染症の有無：有（ _____ ）・ 無 アレルギー：有（ _____ ）・ 無

5：食事形態（以下から選択してください）

普通食 刻み食 流動食 ペースト食 その他：_____

6：現在の1回の食事はどのくらいですか？

普通に食べている やや少なめ 半分くらい 数口だけ 胃瘻・経鼻栄養

7：食事時間（1回の食事にかかる時間）

10分未満 10～30分 30分以上

8：口腔ケア：1日 _____ 回

9：うがい：できる できない

その他希望の日時や気になることがあればご記入ください。

申し込み先

医療法人社団相明会 あさひ歯科・訪問歯科 院長 深澤 樹三香
〒371-0014 群馬県前橋市朝日町1丁目4-8 TEL: 027-212-5100

