

訪問診療申込書

平成 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 様 (男・女) 生年月日 大・昭 年 月 日 年齢 才

住所 _____ 電話 () _____

依頼者氏名 _____ 所属先名 _____ 職名 _____

所属先住所 _____ 電話 () _____

【主訴】(あてはまるものに○をつけてください)

- ①痛い ②むし歯 ③水がしみる ④歯がぐらつく ⑤歯ぐきに腫れ出血がある
⑥さし歯、銀歯がとれた ⑦入れ歯がこわれた ⑧入れ歯があわなくなった ⑨入れ歯を新しくしたい

※入れ歯 上顎 無 有 (総入れ歯・部分入れ歯)

下顎 無 有 (総入れ歯・部分入れ歯)

⑩その他()

【既往歴】

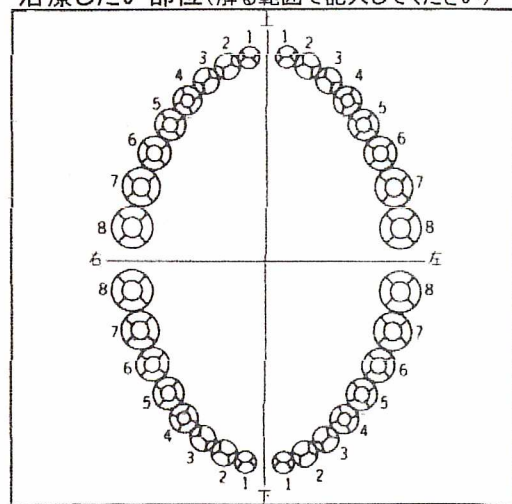
【現在治療中の病気】

【服薬状況】

※お薬情報の明細をコピーして提出してください。

【診療時の希望】

治療したい部位 (解る範囲で記入してください)



【身体状況】※当てはまる項目にチェックを記入してください。

- 1、食事 常食 粥 きざみ 極きざみ ミキサー
流動食 経口以外()
- 2、歩行状況 自立 杖 車椅子 その他()
- 3、口腔ケア 自立 一部介助 全介助
※清掃用具 無・有 ブラウト・モアブラシ・その他()
- 4、認知症 無 有 (主な問題行動)
- 5、感染症 無 有()
- 6、肺炎の既往 無 有 繰り返し有
- 7、低栄養リスク 無 有 不明
- 8、咀嚼機能 良好 普通 不調
- 9、摂食、嚥下機能 良好 普通 不調
- 10、発音機能 良好 普通 不調
- 11、座位保持 良好 やや不良 不良
- 12、開口保持 可能 困難 不可能
- 13、含嗽(ぶくぶくうがい) 可能 困難 不可能→むせ

【治療費のお支払い方法】

月ごとにまとめてお支払いください。

(月末まで翌月に一括して請求させていただきます。)

木村歯科医院

おいらせ町下明堂1-8

TEL 0178-52-7707

FAX 0178-52-7526