

ひがし歯科クリニック (047-710-7195) ← ご依頼者様

訪問歯科申込書

お申込日 西暦 年 月 日

患者様氏名	フリガナ	男・女	年齢	電話番号
			歳	
訪問先ご住所	〒			
	TEL:			
施設名				

ご依頼内容	☐ 治療 ☐ お口のチェック
-------	--

主訴(現在気になっているお口の症状)			
☐ 歯が ☐ 歯茎が ☐ 入れ歯が ☐ 唇が、舌が ☐ 飲み込みが	☐ 痛い ☐ 腫れてる ☐ 抜けた ☐ 出血する ☐ 気になる	☐ しみる ☐ 欠けた ☐ 壊れた	☐ 口腔ケアを受けたい ☐ その他 * お口の状態 (総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ 自歯) * うがい (できる ・ できない)

通院困難な理由		
病名	状態	理由
☐ 高齢 ☐ 認知症 ☐ 脳梗塞後遺症 ☐ パーキンソン病 ☐ 変形性腰椎症 ☐ 脊髄損傷 ☐ 精神疾患 ☐ リウマチ	☐ 多機能不全 ☐ 筋萎縮症 ☐ 骨折 ☐ 脳疾患 ☐ 心疾患 ☐ 肝臓疾患 ☐ その他 () ☐ 全身麻痺 ☐ 片麻痺 ☐ 機能全廃 ☐ 神経障害 ☐ 常時酸素吸入 ☐ 下肢麻痺 ☐ 下肢筋力低下 ☐ 全盲	☐ 寝たきり ☐ 歩行不能 ☐ 歩行不安定 ☐ 通院困難 ☐ 外出不能 ☐ 単独外出不能

保険証	☐ 後期高齢 ☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 生保 ☐ 介護 ☐ 障害 ☐ マル福 ☐ 特定疾患
-----	--

ご都合の悪い日					
☐ 月曜日	☐ 火曜日	☐ 木曜日	☐ 金曜日	☐ 土曜日	備考
午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後	

ご依頼者様名	事業所様名:	
☐ 介護支援事業所 ☐ 訪問看護ST ☐ 病院 ☐ 施設 ☐ ご家族様		
電話番号・FAX	TEL () -	FAX () -

〒270-0032 千葉県松戸市新松戸北1-3-10

医療法人社団 歯英会 ひがし歯科クリニック 訪問診療部 TEL 0120-648-703 FAX 047-710-7195