

# <訪問歯科診療 申込書>

記入日 年 月 日

ふりがな

患者氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 住所〒 \_\_\_\_\_

生年月日 (明・大・昭・平) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳 連絡先 \_\_\_\_\_

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 患者様との続柄 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

～お手数ですが下記についてお答えください。(□に✓してください。複数回答可。)～

主訴：どのような症状ですか？ それはいつからですか？

- |  |                                |                                  |                                 |                               |
|--|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い          | <input type="checkbox"/> 1週間以内 | <input type="checkbox"/> 1ヶ月ぐらい前 | <input type="checkbox"/> 2～3ヶ月前 | <input type="checkbox"/> 半年以上 |
| <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする      | <input type="checkbox"/> 1週間以内 | <input type="checkbox"/> 1ヶ月ぐらい前 | <input type="checkbox"/> 2～3ヶ月前 | <input type="checkbox"/> 半年以上 |
| <input type="checkbox"/> 歯の掃除をしてほしい    | <input type="checkbox"/> 1週間以内 | <input type="checkbox"/> 1ヶ月ぐらい前 | <input type="checkbox"/> 2～3ヶ月前 | <input type="checkbox"/> 半年以上 |
| <input type="checkbox"/> 検診希望          | <input type="checkbox"/> 1週間以内 | <input type="checkbox"/> 1ヶ月ぐらい前 | <input type="checkbox"/> 2～3ヶ月前 | <input type="checkbox"/> 半年以上 |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない      | <input type="checkbox"/> 1週間以内 | <input type="checkbox"/> 1ヶ月ぐらい前 | <input type="checkbox"/> 2～3ヶ月前 | <input type="checkbox"/> 半年以上 |
| <input type="checkbox"/> 飲み込みをみてほしい    | <input type="checkbox"/> 1週間以内 | <input type="checkbox"/> 1ヶ月ぐらい前 | <input type="checkbox"/> 2～3ヶ月前 | <input type="checkbox"/> 半年以上 |
| <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |                                |                                  |                                 |                               |

これまでにかかった病気： \_\_\_\_\_

飲んでいる薬： \_\_\_\_\_ 歩行状態： 屋内歩行 車イス 寝たきり

介護度 \_\_\_\_\_ 介護サービス利用状況 \_\_\_\_\_  
要支援 ( ) ・ 要介護 ( ) (曜日・時間) \_\_\_\_\_

担当ケアマネージャー \_\_\_\_\_ さん (事業所： \_\_\_\_\_ 連絡先： \_\_\_\_\_)

かかりつけ医 (病院名) \_\_\_\_\_ (担当医) \_\_\_\_\_ 先生

かかりつけ歯科医 (病院名) \_\_\_\_\_ (担当医) \_\_\_\_\_ 先生

訪問場所： 自宅 病院 特養 老健 グループホーム サ高住 看多機 その他 \_\_\_\_\_

訪問車を停める駐車場はありますか？ \_\_\_\_\_ なし ・ あり

申込先：あい訪問歯科クリニック

電話 090-9174-0118

FAX 050-3737-3050

メール [i.home.dentalclinic@gmail.com](mailto:i.home.dentalclinic@gmail.com)