訪 問 歯 科 診 療 問 診 票

記入日：　　年　　月　　日

フリガナ 氏　名	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年　月　日（　　歳）
住　所		TEL　（　）	
往診先	○居　宅　○病　院・施　設　等（　　）		
	住　所	TEL　（　）　駐車スペース（有・無）	
寝たきりの原因なった疾患	・　脳血管疾患　・心疾患　・神経系疾患 ・　その他（　　）		
その他の疾患	・高血圧　・糖尿病　・肝臓疾患　・腎疾患 ・その他（　　）		
主治医名	氏名　（　病院　科）	TEL　（　）	
	氏名　（　医院）	TEL　（　）	
担当ケアマネジャー名：　TEL　（　） 居宅介護支援事業所名：　TEL　（　） かかりつけ歯科医　（ 有 ・ 無 ）歯科医師名			
介護認定	有（介護度：　） 無	訪問時立会予定者	家族　（続柄　） その他介護者（　）
どうなさいましたか （主　訴）	○入れ歯が合わない　○入れ歯が壊れた　○新しい入れ歯を作りたい ○歯が痛い　○歯ぐきがはれている ○その他（　）		

利用者の状況

服薬の有無　1)　無　2)　有　（薬品名：　）

寝たきり度　1）寝たきり　2）準寝たきり　3）その他（　）

感染症の有無　1）有（　）　2）無

食事形態　1）普通食　2）ミキサー食　3）その他（　）

義歯装着　1）有　2）無

口腔清掃　1）毎日　2）時々　3）してない

うがい　1）できる　2）できない

その他、日時などの連絡事項	

※　上記項目で不明な箇所については空欄のままで提出ください。

申込み先
ほたる野歯科医院　院長　高田恒弘
〒939－0256　射水市広上 320－12
TEL&FAX　0766－51－7744

申込者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL　（　）＿＿＿＿＿＿＿＿