訪問歯科診療　情報提供書　兼　申込書

【各施設及び事業所、患者ご家族の方へ】

医療保険証(後期高齢者保険証・国民健康保険証)、介護保険証、医療証など患者様が**お持ちのすべての保険証のコピー**をこちらの用紙と一緒にFAXしていただくか、診療にお伺いした際に訪問歯科スタッフにお渡し下さい。

なお、**各保険証には有効期限**があります。**新しく更新された際は新しい保険証のコピー**をご用意頂きます様、お願い申し上げます。

ご依頼者情報	**事業所名**	(ケアマネ・他)	**電話番号**	(　　)　　-
	御氏名		**FAX**	(　　)　　-
	ご住所			

患者様情報	**ふりがな**		**性別**	**記入日**	20　　年　　月　　日	
	患者様氏名	様	**男・女**	**生年月日**	明・大・昭・平　　年　　月　　日	
	入れ歯作製や抜歯の際に連絡をさせて頂くご連絡先	氏名：　　(続柄)　　電話(　　)　　- ご住所　〒　　駐車場(有・無)				
	患者様の訴え(複数可)	・無料検診をしてほしい　・入れ歯が合わない　・入れ歯を作りたい　・入れ歯が壊れた ・歯が痛い　・虫歯がある　・歯に穴が開いている　・歯が動いている　・歯肉から出血がある ・口臭がある　・定期的な口腔清掃　・飲み込みの相談　・その他(　　)				
	患者様の状態	・寝たきり　・寝たりおきたり　・移動できる(自力で・介助して)　・その他(　　)				
	訪問診療するために歯科医院に通えない又は通いにくい理由となる現在・過去の病気	・脳血管障害(脳梗塞・脳出血等)・関節症、リウマチ等　・麻痺　・パーキンソン病　・糖尿病 ・過去に骨折の経験あり・骨粗鬆症　・心筋梗塞　・高血圧　・その他(　　) 感染症(　**有**・　**無**　)・肝炎(　C型　/　B型　)・梅毒　・HIV　・MRSA				
	認知症に関して	(　有　・　無　)	**歩行**	・歩行不可能　・歩行困難(介助・車椅子)　・自力歩行		
	食事	普通食・介護食(　　)経管栄養	**うがい**	可能　・　要注意　・　不可能		
	介護度	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5　負担割合　　割		**特定医療費受給者証**	無　・　有	
	医療保険証(健康保険証)	・生活保護　・医療費受給者証　・1割負担(後期高齢者等)　・3割負担				
	内科・主治医	医院名：　　電話(　　)　　- 担当医師名：　　FAX(　　)　　-				
	ご都合の"良い"曜日と時間帯に○をつけてください	月	火	水	木	金	土
		午前　・　午後	午前　・　午後	午前　・　午後	午前　・　午後	午前　・　午後	午前　・　午後
	特記事項(ご希望等)						

※初回のご希望に○をつけてください　　(　初回無料検診希望　・　初回から診療希望　)

上記の内容をわかる範囲でご記入の上、FAXしてください。折り返しご連絡致します。

医療法人濱碇会　　みつわ山口歯科クリニック　訪問歯科診療部

TEL 0566-95-8633　FAX 0566-99-3623