

cocoroはなふさ歯科医院 訪問診療申込書

TEL:080-8759-7234 FAX:086-232-4894

★医療保険証・介護保険証・介護負担割合証（その他保険証・障害保険など）
フェイスシート・薬情を申込時にFAXお願いします。

申込日 年 月 日

受診者	フリガナ		性別	
	氏名		男・女	連絡先（電話） （ ） -
	住所	〒	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 （ 歳）

訪問先 自宅・病院（ 階 号室 ） ・ 施設（ 階 号室 ）

キーパーソン (治療のご相談をさせていただく方)	氏名	受診者との関係	連絡先	★繋がりやすい番号をお願いします () -
-----------------------------	----	---------	-----	---------------------------

集金方法 郵便局振込 cocoroはなふさ歯科窓口にて持参 本人集金（在宅のみ可） 施設に集金

請求書送付先	氏名	続柄
	住所	〒

主 訴

診療可能な日・時間	月	火	水	金	土	*考慮する時間あればご記入、またはサービス計画書送付ください。
	AM	AM	AM	AM	AM	
	PM	PM	PM	PM	PM	

通院困難な理由

保険種類 国保・社保本人・社保家族・後期高齢者・障害・生保・その他（ ）

介護保険 なし・あり（支援 1・2）（要介護 1・2・3・4・5 特定疾患助成金の申請 なし・あり）

ケアマネジャー	事業所名	氏名	連絡先（ ） -
---------	------	----	----------

現病歴（現在治療中の病気）	既往歴（過去にかかった病気）
---------------	----------------

感染症 なし・あり、B・C型肝炎 / その他（ ）

服薬状況（薬剤名） <small>(お薬手帳・薬情のコピーでも可)</small>	禁忌	キロロイ使用	可・否
	アレルギー		

かかりつけ医院	医院名	担当医	連絡先（ ） -
---------	-----	-----	----------

肺炎の既往 なし・あり・繰り返しあり 低栄養のリスク なし・あり・不明

食事形態 普通食・介護食（一口大/軟菜食/刻み食/ソフト食/ミキサー食/ムース食/ゼリー等）・非経口

入れ歯の使用状況	上顎	あり（全部入歯 / 部分入歯）・なし	下顎	あり（全部入歯 / 部分入歯）・なし

経管栄養	ない・ある → 胃ろう・経鼻・その他	座位保持	良好・普通・不調
------	--------------------	------	----------

開口保持	可能・困難・不可能	ブクブクうがい	可能・困難・不可能 → むせ
------	-----------	---------	----------------

治療終了後、定期的な口腔ケアを希望されますか？	希望する	希望しない
-------------------------	------	-------

★電話受付時間：月 火 水 金 土 9:00~17:00（木・日・祝休診）