

ふりがな 患者氏名					男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日	【 才】
介護度	【 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 】				
自宅環境	【 独居 ・ 同居 ( 様と) 】				
往診先ご住所	〒 ※集合住宅の方は【棟名・棟番号】 【来客用駐車場の有無】もご記載ください				
連絡先	ご自宅		携帯電話		
御本人様以外の連絡先	氏名: 続柄【 】 TEL:				
ご希望・お困りの ことをご記入下さい	場所は【 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 】 何が【 <input type="checkbox"/> ご自身の歯 <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> その他 】 痛みは【 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 】				
既往歴 全身疾患	<input type="checkbox"/> 心疾患【 心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 心不全 ・ ペースメーカー使用 ・ 感染性心内膜炎 】 <input type="checkbox"/> 認知症【 軽度 ・ 重度 】 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患【 脳梗塞 ・ 脳内出血 ・ その他 】 <input type="checkbox"/> 腎疾患【 透析: 有 ・ 無 】 <input type="checkbox"/> 肺疾患【 肺炎 ・ 肺気腫 ・ その他 】 <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎 <input type="checkbox"/> 感染症【 有 】 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 糖尿病【 インシュリン投与 有 ・ 無 】 <input type="checkbox"/> 骨折【 】 <input type="checkbox"/> その他				
全身状態	* 意思の疎通【 可能 ・ あいまい ・ 不可能 】 * 麻痺はありますか【 有( 右 ・ 左 ) ・ 無 】 * お座りになれますか【 可能 ・ 不可能 】 * うがいはできますか【 可能 ・ 不可能 】 * その他				
ご都合の悪い 曜日や時間 いつも決まっている ご予定	月	火	水	木	金
	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後
希望の日時	<input type="checkbox"/> 特になし ・ 曜日 午前 ・ 午後 時頃				
その他、時間や患者様に関する注意点					
ケアマネジャー	事業所名:			TEL:	
	氏名: 様			FAX:	

私は歯科訪問診療の申込みに同意、承諾いたします

同意者氏名

続柄