

**訪問歯科診療申込書** 日立歯科医師会 FAX 0294-38-0407

	年 月 日( ) :	担当者	
--	------------	-----	--

1	氏名 (受診する人)		2	性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	3	年齢	歳	4	日程調整先	TEL 氏名
---	---------------	--	---	---	---	----	---	---	-------	-----------

5	住所 (受診する人)	市 郡	町 村
---	---------------	-----	-----

6	依頼者 (連絡をした人)		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 病院関係者 <input type="checkbox"/> 家族・親類・知人 <input type="checkbox"/> 施設関係者 <input type="checkbox"/> 行政関係者 <input type="checkbox"/> その他( )
		* 連絡先	TEL

7	* 通院困難の理由 * 歯科診療の主訴
---	------------------------

8	<b>基礎疾患・障害種類(複数回答可)</b> <input type="checkbox"/> 脳卒中、脳血管障害後遺症、脳血管障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脊髄障害、脊髄、頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 頭部損傷 <input type="checkbox"/> 慢性関節リウマチ <input type="checkbox"/> 神経・筋疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患、循環機能障害 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 視覚障害、感覚器障害 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎 <input type="checkbox"/> 精神障害、神経科疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )
---	--

9	かかりつけ歯科医院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	名称		連絡先	住所 TEL
---	--	----	--	-----	-----------

10	要介護認定の有無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	11	意思疎通	<input type="checkbox"/> 十分可 <input type="checkbox"/> やや可 <input type="checkbox"/> 不可
----	----------	--	----	------	---

12	在宅サービスの状況
----	-----------

13	担当医	先生	・	病院	科	TEL
		先生	・	病院	科	TEL
	担当ケア・マネ	* 連絡先				

14	特記事項
----	------