

# 往診申込票

送信年月日 年 月 日

☆記載内容につきましては、個人情報保護法に基づき管理させていただきますのでご安心ください

ふりがな		性別	男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日(才)
受診者					
訪問先住所	〒			電話番号(	- -
駐車場	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 横付け可能 <input type="checkbox"/> 数メートル離れたところに駐車可能				

身障手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
介護保険証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
重症心身障害者認定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
かかりつけの病院	医院名( ) ( )科( )先生)
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他( )
往診が必要となる 基礎疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 骨関節疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 老衰 <input type="checkbox"/> その他( )(発病 年 月頃)
申し込み理由	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 物がよくかめない <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> その他( )
いつから	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> ( )日前から <input type="checkbox"/> ( )カ月前から <input type="checkbox"/> 時々
今までの歯科治療経験	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 薬物アレルギーが出た <input type="checkbox"/> その他( )
歯の状態	残存歯がありますか <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 入れ歯がありますか <input type="checkbox"/> あり(使用している・使用していない) <input type="checkbox"/> なし
服用薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
意思疎通	<input type="checkbox"/> 完全に通じる <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない

依頼者	
続柄	

担当ケアマネージャー	
事業所名	
電話番号	( ) -
FAX	( ) -

★介護、看護状況のわかる書類・お薬手帳・保険証のコピーがございましたらFAXにて送信をお願い致します

ふくだ歯科クリニック  
〒132-0034 東京都江戸川区小松川3-12-1リバーウェストB館102  
TEL 03-5628-2722 FAX03-5628-2733