



# えぐさ歯科クリニック

EGUSA DENTAL CLINIC

## 訪問歯科診療申し込み書

申込日 年 月 日

|       |                                 |             |     |
|-------|---------------------------------|-------------|-----|
| ふりがな  |                                 | 性別          | 男・女 |
| お名前   |                                 |             |     |
| 生年月日  | 大正・昭和・平成 年 月 日 歳                | 電話番号<br>- - |     |
| 住所    |                                 |             |     |
| 医療保険証 | 国保 ・ 後期高齢 ・ 重度障害 ・ 生活保護         |             |     |
| 介護保険  | 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 |             |     |

| ご利用のサービス状況 |     |     |     |     |     |
|------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 月曜日        | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 |
|            |     |     |     |     |     |

| 主訴                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が折れた <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする<br><input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯をなくした <input type="checkbox"/> その他 |

| 既往歴                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳出血、脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> ガン<br><input type="checkbox"/> 感染症（B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ HIV ・ 梅毒） <input type="checkbox"/> その他（ ） |

| ご担当ケアマネージャー様情報 |             |
|----------------|-------------|
| 事業所名           | ケアマネージャー様氏名 |
| 電話番号 - -       | FAX番号 - -   |

| 初回日時のご連絡方法                                      |                                       |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 患者様宅へ電話                | <input type="checkbox"/> ケアマネージャー様へ電話 |
| <input type="checkbox"/> ご家族様（ ）様 続柄（ ）電話番号 - - |                                       |

|    |
|----|
| 備考 |
|----|

FAX 078-861-2526

TEL 078-861-2525