

訪問歯科治療申込書

事業所名：
記入者名：
電話番号：
記入年月日： 年 月 日

患者氏名	フリガナ	男・女	住所		
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	電話番号
どうされましたか？(口腔内の状態・本人、家族の要望)					
入れ歯	あり	なし			
最終歯科治療受診履歴	どこ：	いつ：	年	月	
希望診療日	第1希望	年	月	日	:
	第2希望	年	月	日	:
	第3希望	年	月	日	:

1 既往歴 (病名、発症年月、入退院の状況など)
2 現疾患
3 服薬状況
4 要介護度 ・認定なし ・要支援(1・2) ・要介護(1・2・3・4・5) 身障者(級)
5 心身および日常生活の状況
①視力 <input type="checkbox"/> よく見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない
②聴力 <input type="checkbox"/> よく聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない
③発語 <input type="checkbox"/> よく話せる <input type="checkbox"/> 舌がもつれる <input type="checkbox"/> 話せない
④理解度 <input type="checkbox"/> よくわかる <input type="checkbox"/> あまりわからない <input type="checkbox"/> わからない
⑤食事の内容 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 流動食
6 その他連絡事項

名古屋市南区歯科医師会

FAX 691-1918