歯科訪問依頼書

記入日：　　年　　月　　日

フリガナ 氏名　　様	男性・女性	生年月日	明治・大正・昭和 年　　月　　日（　　歳）

訪問先	□居宅　□病院・施設等（　　）
	ご自宅住所 TEL　　（　　）　　駐車スペース（有・無）

どうなさいましたか（主訴）	□入れ歯が合わない　□入れ歯が壊れた　□新しい入れ歯を作りたい □歯が痛い　□歯ぐきがはれている □その他（　　）
おからだの病気について	・脳血管疾患・心疾患・神経系疾患 ・その他（　　）
その他	・高血圧・糖尿病・肝臓疾患・腎疾患 ・その他（　　）

通所介護（デイサービス）のご利用の方
担当者：　　様
通所介護（デイサービス）事務所名：　　TEL　　（　　）

居宅介護支援事務所のご利用の方
担当ケアマネージャー名：　　様
居宅介護支援支援事務所名：　　TEL　　（　　）

かかりつけの病院
主治医の先生：
病院名：　　TEL　　（　　）

※介護認定を受けている方	要支援　1　・　2　　要介護　1　・2　・3　・4　・5
訪問時立会予定者	家族　　（続柄　　） その他介護者（　　）

状　況

服薬の有無　　1）無　　2）有（薬品名：　　）

※寝たきりの方
寝たきり度　　1）寝たきり　　2）準寝たきり　　3）その他（　　）

感染症の有無　　1）有（　　）　　2）無

食事形態　　1）普通食　　2）ミキサー食　　3）その他（　　）

入れ歯装着　　1）有　　2）無

お口のお手入れ　1）毎日　　2）時々　　3）その他（　　）

うがい　　1）できる　　2）できない

しらとり歯科医院
Shiratori Dental Clinic
TEL.022-258-8210

※FAX番号は電話番号と同じです。
ご提出は、来院された際もしくはFAXにて承ります。

申込者氏名
本人との続柄
TEL　　（　　）