

スマイルオフィスデンタルクリニック 訪問歯科診療 申込書

**FAX 011-668-6981**

太枠内をご記入のうえ、こちらのファックス番号へ送信ください。

申込日	年 月 日	申込者名	(続柄 )
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和
患者氏名		<input type="checkbox"/> 女	年 月 日 ( 歳)
訪問先	場所	訪問先名称・住所	
	<input type="checkbox"/> 自宅		
	<input type="checkbox"/> 施設		
	<input type="checkbox"/> 病院		
訪問先電話番号			
担当ケアマネージャー		緊急連絡先	
氏名		氏名	(続柄 )
事業所名		電話番号	
電話番号		氏名	(続柄 )
		電話番号	

<以下の質問に該当する項目にチェックを入れてください>

<p>①どうなさいましたか?</p> <p><input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない    <input type="checkbox"/> 歯が痛い</p> <p><input type="checkbox"/> 入れ歯が痛い        <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする</p> <p><input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた       <input type="checkbox"/> 歯が抜けた</p> <p><input type="checkbox"/> 新しい入れ歯を作りたい</p> <p><input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた・出血がある</p> <p><input type="checkbox"/> その他( )</p>	<p>②入れ歯はお持ちですか?</p> <p><input type="checkbox"/> はい    <input type="checkbox"/> 使っている    <input type="checkbox"/> 使っていない</p> <p>※「はい」と答えられた方は、その入れ歯はいつ作りましたか?</p> <p><input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に作った</p> <p><input type="checkbox"/> わからない</p>												
<p>③現在までにかかったご病気はなんですか?</p> <p><input type="checkbox"/> 脳梗塞    <input type="checkbox"/> 高血圧    <input type="checkbox"/> 肝疾患    <input type="checkbox"/> 認知症</p> <p><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症    <input type="checkbox"/> 心疾患    <input type="checkbox"/> 糖尿病    <input type="checkbox"/> 脳出血</p> <p><input type="checkbox"/> 精神疾患    <input type="checkbox"/> 骨折        <input type="checkbox"/> B型肝炎    <input type="checkbox"/> C型肝炎</p> <p><input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症    <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍</p> <p><input type="checkbox"/> その他( )</p>	<p>④通院中の病院はありますか?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>病院・医院名</th> <th>科名</th> <th>主治医名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	病院・医院名	科名	主治医名									
病院・医院名	科名	主治医名											
<p>⑤介護認定は受けていますか?</p> <p><input type="checkbox"/> はい(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4)</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>⑥生活保護は受けていますか?</p> <p><input type="checkbox"/> はい ※治療前と毎月必ず市役所へご連絡下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>												
<p>⑦訪問希望日はいつですか?</p> <p>曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金</p> <p>時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後</p>	<p>⑧その他なにか質問・連絡事項はありますか?</p>												

<診療当日に準備していただくもの>

- 1) 医療保険証のコピー
- 2) 介護保険証コピー
- 3) 処方箋(お薬手帳)のコピー
- 4) フェイスシート(基本情報)のコピー
- 5) ケアプラン表(治療の予約を取る際に参考にします。)

訪問診療お申し込みの際は上記記入のうえ FAXにてお願い致します。追ってこちらからご予約のご連絡をさせていただきます。

医療法人社団スマイルオフィスデンタルクリニック  
札幌市西区西野2条6丁目2-10フェリス西野1F  
tel 011-668-6681