

# 訪問歯科診療 情報提供書 兼 申込書

受付No.

## ワラワラデンタルクリニック 宛

【各施設及び事業所の方へ】

医療保険証(後期高齢者保険証・国民健康保険証)、介護保険証、医療証など

患者様が**お持ちのすべての保険証のコピー**をこちらの用紙(原本)と一緒に

訪問歯科スタッフにお渡し下さい。

なお、各保険証に有効期限がございますので、新しく更新された際には

新しい保険証のコピーをご用意頂きお渡し頂きます様、お願い申し上げます。

ふりがな		記入日	20	年	月	日
患者様氏名	様	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
治療が必要な際に 連絡をさせて頂くご連絡先 (請求書等を郵送しますので 住所記入は必須とさせていただきます)	氏名:	(続柄)	電話 ( )	-		
	ご住所 〒					
患者様の一番の訴え (複数可)	・無料検診をしてほしい ・入れ歯が合わない ・入れ歯を作りたい ・歯が痛い ・虫歯がある ・歯に穴が開いている ・歯が動いている ・問題がないか確認してほしい ・その他 ( )					
患者様の状態	・寝たきり ・寝たきりおきたり ・移動できる(自力で・介助して) ・その他 ( )					
現在・過去の病気	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 高血圧(最高 最低 ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アルコール性 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 肝炎( <input type="checkbox"/> ウイルス性 <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> E型 <input type="checkbox"/> 薬物性 <input type="checkbox"/> 自己免疫性) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
服用中のお薬	なし ・ あり ( )					
アレルギーの有無	なし ・ あり ( )					
認知症に関して	( 有 ・ 無 )	歩行	・歩行不可能 ・歩行困難(介助・車椅子) ・自力歩行			
食事	普通食・キザミ食・流動食・経管栄養(PEG)		うがい	可能 ・ 要注意 ・ 不可能		
介護度	自立・支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5			障害手帳	無 ・ 有 ( ) 級	
医療保険証 (健康保険証)	国保 / 社保: 本人・家族 / 前・後期高齢者 / 介護保険: あり・なし					
内科・主治医	医院名:		電話 ( )	-		
	担当医師名:		FAX ( )	-		
特記事項 (日時のご希望等も こちらにご記入ください)						

●この用紙をご記入くださった方。当院より連絡させていただく場合のご担当者様

御氏名	(ケアマネ・他)	電話番号	( )	-
事業所名		FAX	( )	-

FAXでお送り頂いた場合は、

後日、原本を訪問歯科スタッフへお渡し頂きますようお願い致します。

ワラワラデンタルクリニック

〒520-0242 滋賀県大津市本堅田6-2-1

TEL 077-571-6116 FAX 077-571-6001