

# 診療申込書

## はなふさ歯科医院 訪問部

☎0120-13-8723 FAX:086-265-9226

記入日 年 月 日

|                             |   |                    |                |                    |                           |       |         |     |
|-----------------------------|---|--------------------|----------------|--------------------|---------------------------|-------|---------|-----|
| 受診者                         | フリガナ  |                    | 性別             |                    | 連絡先<br>(電話)               | ( )   | —       |     |
|                             | 氏名  |                    | 男・女            |                    |                           |       |         |     |
|                             | 住所  | 〒                  |                | 生年月日               | 明治・大正・昭和・平成<br>年 月 日 ( 歳) |       |         |     |
| 往診先                         | 自宅・病院( ) 階 号室)・施設( ) 階 号室   |                    |                |                    |                           |       |         |     |
| 主訴                          |   |                    |                |                    |                           |       |         |     |
| 診療可能な曜日・時間                  |   |                    |                |                    |                           |       |         |     |
| 通院困難な理由                     |   |                    |                |                    |                           |       |         |     |
| 保険種類                        | 国保・社保本人・社保家族・後期高齢者・障害・生保・その他( )   |                    |                |                    |                           |       |         |     |
| 介護保険                        | なし・あり(要支援 1・2)(要介護 1・2・3・4・5)   |                    |                |                    | 特定疾患助成金の申請                | なし・あり |         |     |
| ケアマネジャー                     | 事業所名  |                    | 氏名             |                    | 連絡先( )                    | —     |         |     |
| 集金方法                        | <input type="checkbox"/> 郵便局振込 <input type="checkbox"/> はなふさ歯科窓口持参 <input type="checkbox"/> ご本人に集金 <input type="checkbox"/> 施設に集金 |                    |                |                    |                           |       |         |     |
| 請求書送付先                      | 氏名  |                    |                |                    | 続柄                        |       |         |     |
|                             | 住所  | 〒                  |                |                    |                           |       |         |     |
| キーパーソン<br>(治療のご相談をさせていただく方) | 氏名  |                    | 受診者との関係        |                    | 連絡先( )                    | —     |         |     |
| 現病歴(現在治療中の病気)               |   |                    | 既往歴(過去にかかった病気) |                    |                           |       |         |     |
| 感染症                         | なし・あり A・B・C 型肝炎 / その他( )  |                    |                |                    |                           |       |         |     |
| 服薬状況(薬剤名)                   |   |                    |                |                    | 禁忌                        |       | キシロイン使用 | 可・否 |
| かかりつけ医院                     | 医院名   |                    | 担当医            |                    | 連絡先( )                    | —     |         |     |
| 肺炎の既往                       | なし・あり・繰り返しあり  |                    | 低栄養のリスク        | なし・あり・不明           |                           |       |         |     |
| 食事形態                        | 普通食・介護食(常食・軟菜食・刻み食・ミキサー食・流動食・ゼリー等)・非経口  |                    |                |                    |                           |       |         |     |
| 入れ歯の使用状況                    | 上顎  | あり(全部入歯 / 部分入歯)・なし | 下顎             | あり(全部入歯 / 部分入歯)・なし |                           |       |         |     |
| 経管栄養                        | ない・ある → 胃ろう・経鼻・その他  |                    | 座位保持           | 良好・普通・不調           |                           |       |         |     |
| 開口保持                        | 可能・困難・不可能   |                    | ブクブクうがい        | 可能・困難・不可能 → むせ     |                           |       |         |     |
| 治療終了後、定期的な口腔ケアを希望されますか?     | 希望する・希望しない  |                    |                |                    |                           |       |         |     |

お問い合わせ: 月~金曜日 9:00~17:00

平日17:00以降・土曜日のお問合せは、外来の受付の対応となります。  
お返事は、翌日・または月曜日となりますので、よろしくお願いたします。