

なかたに歯科クリニック 訪問歯科診療申し込みシート

FAX番号:078-599-6443

(ふりがな) 患者様氏名		性別	男・女	部屋番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 歳				
ご住所 (ご家族さまの連絡先)	郵便番号()				
ご家族様氏名		続柄			
既往歴	有・無	心臓・肝臓(A型・B型・C型)・糖尿・腎臓・パーキンソン病 認知症・脳梗塞・脳卒中・心筋梗塞・呼吸器疾患 整形外科疾患(骨粗しょう症・骨折など) その他()			
特異体質・アレルギーありますか		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 食べ物 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> お薬()			
内服薬 (別紙参照可)					
お口の症状	<input type="checkbox"/> 口腔ケア依頼 <input type="checkbox"/> 義歯の調子が悪い <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い <input type="checkbox"/> 食べにくい(嚥下評価) <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> その他:				
お食事	主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥食(分) <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経口摂取不可(経管・胃瘻) <input type="checkbox"/> 絶食 副菜 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 増粘材の使用				
歩行状態	寝たきり・準寝たきり・要介助・車椅子・短時間可能・他()				
その他連絡事項					
担当者記載					

ご提供頂いた情報は、当院の個人情報保護方針に基づき歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管致します。

※初回訪問時に医療保険証のご準備お願いいたします

医療法人社団健昌会 なかたに歯科クリニック訪問部

神戸市兵庫区駅前通 1-32-1 アルバビル1F

☎ 078-599-6440