

訪問歯科検診依頼書

医療法人社団 千歯会
 大網歯科医院
TEL 0475-73-6480 FAX 0475-53-6982
 片貝デンタルクリニック
TEL 0475-76-8201 FAX 0475-71-3472
 おゆみ野総合歯科クリニック
TEL 043-300-3600 FAX 043-300-3700

フリガナ
受診者名 _____ 男・女 生年月日 _____ 明・大・昭・平 年 月 日生

ご住所 施設 入所施設名 _____
郵便番号 〒 _____
住所 _____ TEL _____

在宅 郵便番号 〒 _____
住所 _____ TEL _____

ご家族連絡先 氏名 _____ 受診者との続柄 _____
住所 _____ TEL _____

依頼内容 入れ歯の調子が悪い 口臭が気になる
 歯または歯茎が痛い その他 (_____)

患者さんの状態をお知らせください

要介護状態区分 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
 障害者手帳あり 特定疾患医療受給者証あり

全身疾患

・肝臓病 (B型・C型・ _____) ・ MRSA (_____) ・ リウマチ ・ 結核
・糖尿病 ・ 腎臓病 (_____) ・ 高血圧 ・ 甲状腺疾患 ・ 胃潰瘍 ・ 骨折 (_____)
・心臓病 (_____) ・ 脳障害 (_____) ・ 癌 (部位 _____)
・アルツハイマー症 ・ 認知症 ・ パーキンソン病 ・ その他 (_____)

意思疎通 ・ できる ・ できない ・ 認知症あり ・ 介助者の協力があればできる

状態 ・ 自走 ・ 車いす ・ 歩行器 ・ ベッド座位 ・ ベッド臥位 ・ その他

その他 ※都合・曜日・時間等、ご希望があればお知らせください。

担当介護支援職員
(ケアマネージャー) 様 _____

介護支援事業所名 _____

TEL _____