

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

大・昭・平・令

フリガナ

受診者名 _____ 男・女 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

ご住所 施設 入所施設名 _____

〒

住所 _____

TEL _____

〒

在宅

住所 _____

独居

同居 () 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 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

医療費助成受給者証あり 特定疾患医療受給者証あり

感染症

無

有： ・ウイルス性肝炎（B型・C型・その他） ・梅毒 ・HIV ・結核 ・MRSA

意思疎通

・できる ・できない

状態

・自力歩行 ・車椅子 ・ベッド上 ・その他

お食事や栄養のことで気になることはありますか

はい

いいえ

・食欲がない ・体重が減少している ・食事の形態が気になる ・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。

訪問介護 月 火 水 木 金 土

訪問入浴 月 火 水 木 金 土

訪問看護 月 火 水 木 金 土

ティサービス 月 火 水 木 金 土

その他

在宅の方へ 駐車可能な場所を教えてください。

・敷地内に駐車可

・その他（大まかな場所の図をお願いします）

担当介護支援専門員

（ケアマネージャー）様

介護支援事業所名

TEL _____