

訪問診療申込書

記入日 平成 年 月 日

ふりがな		生年月日
お名前	様	年 月 日 才
ご住所	〒	
緊急連絡先	お名前 様（続柄： ） TEL ()	

1. 今回はどうされましたか？（例：入れ歯の調子が悪い）
2. 現在かかっている病気に当てはまるものをご記入下さい。（例：脳梗塞、高血圧、認知症、骨折など）
3. 介護認定がある方は介護度をご記入ください。
4. 薬物アレルギーや副作用を経験したことはありますか？
① はい（薬品名： ）
② いいえ
5. 感染症の有無 HIV HCV HBV 梅毒 不明 なし
《その他》
6. 食事形態 種類：常食 治療食（ ） 未摂取
主食：米飯 粥 キザミ 1口大カット 流動食 経管栄養
副食：固形 1口大カット 軟菜 キザミ
7. 肺炎の既往 なし あり（繰り返しの有無：なし あり）
8. 現在、常用しているお薬を教えてください。

--

*費用について

一般の歯科診療と同様に各健康保険、介護保険共に適応しております。
交通費は頂いておりません。

■訪問歯科専用電話番号
048-540-3010
■FAX 番号
048-540-3011