

訪問歯科診療申込書及び同意書 【記入者名： 続柄 〇】

ご記入日 年 月 日 ()

ID		フリガナ 氏名	様		
生年月日	T・M・S	年	月	日	歳 性別 男・女
住所	〒				
TEL	①		②		
保険証	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 障害（肢体・内部・視覚・聴覚・言語 級） <input type="checkbox"/> 重度心身障害者 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
介護認定	無 ・ 有 ・ 申請中 （ 要支援・要介護 ）				
ケアマネージャー	担当者氏名		事業所名		
	TEL/		FAX/		
感染症	無 ・ 有 （症名： ）				
現病	<input type="checkbox"/> 心臓（心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 心不全） ※ペースメーカー 有・無 <input type="checkbox"/> 脳疾患（脳梗塞 ・ 脳出血 ・ くも膜下出血） <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患（人工透析 有・無） <input type="checkbox"/> 特定疾患（病名： ） <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 脊椎損傷 <input type="checkbox"/> 骨折・圧迫骨折（腰椎 ・ 大腿骨 ・ 膝関節） <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
装着医療器具	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> フォーレ <input type="checkbox"/> 経管栄養（胃瘻・経鼻・ ）				
お口の状態	<input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> その他 ()			痛み	有 ・ 無
主訴	入れ歯を作りたい・痛みがある・入れ歯が合わない・歯茎が腫れている・出血している・抜歯してほしい・ <input type="checkbox"/> 臭がある・詰め物、かぶせ物がとれた・口腔ケアをしてほしい・虫歯の治療 その他（ ）				
通院できない理由					
ご都合の悪い日時					
駐車場	有 ・ 無（※無の場合の駐車場所について… ）				
備考欄（自宅近辺で目印になるものがあればご記入願います）					

【同意欄】

私は別紙「訪問歯科診療のご案内」について同意・承諾しましたので、訪問歯科診療を申し込みします。

記入日 年 月 日

同意者氏名

(続柄) 印

公益財団法人ときわ会 いわき泌尿器科

Tel. 070-5561-5582（訪問歯科直通） Fax. 0246-27-6661（訪問歯科直通）