

訪問依頼書/情報提供書

記入月日

月

日

お名前(患者様名)													
生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日()歳												
訪問先	自宅希望	施設希望	施設名:										
住所/宛名	(訪問先の住所)												
	(請求書送付先住所)												
	(宛名)												
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯											
治療に関する同意・決定 をすることが出来る方 (キーパーソン)	(電話番号)												
	様 患者様との続柄												
<p>主訴</p> <table border="0"> <tr> <td>1.歯が痛い</td> <td>2.歯ぐきが痛い</td> </tr> <tr> <td>3.歯が欠けた</td> <td>4.冠がはずれた</td> </tr> <tr> <td>5.入れ歯の調整</td> <td>6.新しい入れ歯を作りたい</td> </tr> <tr> <td>7.入れ歯の修理</td> <td>8.おそうじ</td> </tr> <tr> <td>9.口腔ケア</td> <td>10.その他</td> </tr> </table> <p>★出来るだけ詳しくご記入お願い致します</p>				1.歯が痛い	2.歯ぐきが痛い	3.歯が欠けた	4.冠がはずれた	5.入れ歯の調整	6.新しい入れ歯を作りたい	7.入れ歯の修理	8.おそうじ	9.口腔ケア	10.その他
1.歯が痛い	2.歯ぐきが痛い												
3.歯が欠けた	4.冠がはずれた												
5.入れ歯の調整	6.新しい入れ歯を作りたい												
7.入れ歯の修理	8.おそうじ												
9.口腔ケア	10.その他												

★今、何かお薬を飲んでいますか？ (いる ・ いない)

※飲んでいる場合は、お薬手帳のコピーを初診時にご用意をお願いします。

★歯科治療で麻酔の注射を受けた事がありますか？ (ある ・ ない)

★麻酔で気分が悪くなった事がありますか？ (ある ・ ない)

★歯を抜いた事がありますか？ (ある ・ ない)

★抜歯時に異常はありませんでしたか？ (ある ・ ない)

※異常があると答えた方へ

(血が止まらなかった 貧血を起こした 熱が出た 何日も痛みが続いた)

★薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか？ (ある ・ ない)

薬 ()

食べ物 ()

★その他 何か要望等がありましたらご記入ください

★口腔ケアご希望の皆様★

訪問診療時に、普段お使いの口腔ケア用品をご準備ください。
また、必要に応じて新しくケア用品を出させていただく場合がございます。
その際、ご本人やご家族の同意が必要です。
付き添い出来ないご家族は、事前に購入同意にご協力をお願いします。

ケア用品購入同意署名 署名

かかりつけの医療機関名		病名	
健康保険証	国保本人 国保家族 社保本人 社保家族 後期高齢 生活保護		
身障手帳	無 有 等級: 種 級 内容()		
精神障害者・健康福祉手帳	無 有 等級: 種 級 内容()		
要介護認定	未申請 申請中 認定あり(要介護度記入)		
身長/体重	cm kg	血圧/ 脈拍	mmHg 回/分
疾病の状況	【現病】		【既往】
身体状況	・視力 普通 弱視 殆ど見えない(右・左) ・聴力 普通 やや難聴 難聴(右・左) ・言語 普通 単語のみ 失語 ・麻痺 無・有 / 麻痺状況()		【特記】
意思疎通	出来る やや出来る 筆談でなら出来る 出来ない		
放射線治療	あり なし	気管 切開	あり なし
移 動	立ち上がり	出来る・何かにつかまれば出来る・介助があれば出来る・出来ない	
	歩行	出来る・杖歩行なら出来る・手引き歩行なら出来る・歩行補助器を使うと出来る 出来ない(移動方法: 車イス自立・車イス介助・這う・いざり・寝たきり)	
問題行動	被害妄想 感情障害 暴言暴行 徘徊 不潔行為 幻覚幻聴 不眠・昼夜逆転 大声 その他 特になし		
口腔保清	全介助 一部介助 自立 不明		
食事	全介助 一部介助 見守り必要(指示含む) 自立 不明		
食形態	○経口摂取 普通 ・ 少し柔らか ・ きざみ程度 ・ すり潰し状 ・ 流動 ○胃ろう ○その他()		
洗口(うがい)	出来る 出来ない		

地図

初めて訪問診療をご利用の方は地図及び駐車スペースの記載をお願いします

★★お願い★★

訪問診療日には、往診車両(軽車両1台分)の駐車スペースの確保をお願いします。

※ご記入後、窓口もしくは郵送にてお送り下さい。
住所の間違え等には、充分ご注意下さい。

北中城村字島袋1222-1
のぞみ歯科クリニック
TEL:098-930-0444