

城北歯科往診申込書

城北歯科 TEL 076-252-0900
FAX 076-252-1900

記入日 年 月 日

ふりがな
患者氏名 _____ 男・女 生年月日 _____ 年 月 日 (歳)

住所または
施設名 _____ TEL _____

該当するところに○をつけ、必要などころはご記入下さい。

どうされましたか？	歯が (痛い ぐらぐら 抜けた 欠けた 虫歯) とれた (つめもの かぶせ物 差し歯) 入れ歯 (痛い ゆるい 壊れた 作りたい) はぐき (腫れた 血が出る 痛い) その他 ()	それはどこですか？ 右上 上前 左上 全体 右下 下前 左下 その他()
全身状態	基礎疾患 なし・あり (疾患名:) 麻痺 なし・あり →上肢(右・左) 下肢(右・左) 認知症なし・あり →会話(できる・できない) 意思決定(できる・できない)	
服薬 なし・あり	薬剤名: _____ ※別紙添付でも可	
肺炎の既往	なし あり 繰り返しあり	体重の変化 なし あり(増加・減少) 不明
食事形態	普通食 非経口 (胃ろう 経鼻 その他:) 介護食 (軟菜食 刻み食 とろみ付き刻み ミキサー食 流動食 その他)	
座位保持	良好 やや不良 不良	頸部可動性 十分 不十分 不可
うがい	可能 困難 飲んでしまう 口から出る 不可能→むせる	
義歯 (入れ歯)	上顎 (総義歯使用 部分義歯使用 義歯なし 義歯あるが使用していない) 下顎 (総義歯使用 部分義歯使用 義歯なし 義歯あるが使用していない)	
介護度	要介護 1・2・3・4・5	
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
主治医 なし・あり	病院名: _____	主治医名: _____
担当介護支援専門員	事業所名: _____	TEL: _____
	名前: _____	
キーパーソン	住所: _____	TEL: _____
	名前: _____	本人との関係: _____
請求書の送付先	施設 ご自宅 その他 ()	
その他連絡事項など		

上記患者様 往診申し込みいたします。

施設名 _____ 担当者 _____

※初めて、またはお久しぶりの方は医療保険証および介護保険証のコピーも合わせて FAX お願いします。