

# 城北歯科往診申込書

城北歯科 TEL 076-252-0900

記入日 年 月 日

FAX 076-252-1900

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)	それはどこですか？			
	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 ( )	右上	上前	左上	全体
全身状態	基礎疾患 なし・あり (疾患名: ) 感染症 なし・あり ( B型肝炎・C型肝炎・HIV・梅毒・その他: ) 麻痺 なし・あり →上肢(右・左) 下肢(右・左) 認知症 なし・あり (軽度・重度) →会話(できる・できない) 意思決定(できる・できない)	右下	下前	左下	その他 ( )
服薬	なし・あり (薬剤名: )	※別紙添付でも可			
禁忌薬剤	なし・あり (薬剤名: )				
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				
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。