

つばめ訪問歯科 情報提供書 兼 申込書

e-mail : yoyaku@tsubame-hshika.com FAX : 0562-57-2077

【各施設及び事業所、患者ご家族の方へ】

医療保険証(後期高齢者保険証・国民健康保険証)、介護保険証、医療証など患者様が**お持ちのすべての保険証のコピー**をこちらの用紙と一緒に e-mailしていただくか、診療にお伺いした際に訪問歯科スタッフにお渡しください。なお、**各保険証には有効期限**がありますのでご注意ください。

記入日 20 年 月 日

ふりがな			年齢	歳	性別	男・女
患者様氏名	様	生年月日			年	月 日
患者様住所	〒 訪問診療車両駐車スペース(有・無)					
入れ歯作製や抜歯の際に連絡をさせて頂く連絡先	氏名:	様(続柄)	電話()	-		
書類の送付先(患者様住所と違う場合)	〒 氏名: 様宛					
患者様の訴え(複数可)	・入れ歯(合わない・作りたい・壊れた) ・歯(痛い・虫歯・穴が開いている・動いている) ・歯肉から出血がある・口臭がある・定期的な口腔清掃・飲み込みの相談 ・その他()					
口腔清掃の状況	自立・一部介助・全介助		発声	明瞭・不明瞭な音あり・不明瞭・声出ない		
うがい状況	口腔内での水分保持 : 可能・困難・不可能 (→ むせ・飲んでしまう・口から出る) ・分からない					
	含嗽(ブクブクうがい) : 可能・困難・不可能 (→ むせ・飲んでしまう・口から出る) ・分からない					
首の動き	制限なし・少し動く・不動		意思疎通	可能・一部可能・不可能		
訪問診療するために歯科医院に通えない又は通にくい理由となる現在・過去の病気	アレルギー : 無・有 (薬品名・食べ物:) 感染症 : 無・有 (B型肝炎・ C型肝炎・ 梅毒・ MRSA ・ その他) 以下に記載					
投薬状況	投薬 : あり・なし ありの場合、診療時にお薬手帳などの書類を提示頂きますが、事前に伝えた方がよいと思う薬があれば記載ください。					
食事状況	座位保持	良好・やや不良・不良		むせ	なし・液体で時々・頻繁にあり	
	常食・常食(一口大)・軟菜食(ソフト食)・刻み食・嚥下調整食()・その他()					
	液体	とろみなし・とろみあり・禁止		非経口 : 胃ろう・経鼻経管栄養・IVH (高カロリー輸液)		
体重	kg	介護度	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5 : 負担割合 割			
医療保険証(健康保険証)	生活保護・医療費受給者証・1割負担(後期高齢者等)・3割負担				特定医療費受給者証	無・有
内科・主治医	医院名:		電話()		-	
	担当医師名:		FAX()		-	
都合の"良い"曜日と時間帯に○をつけてください	月	火	水	木	金	土
	午前 / 午後	午前 / 午後	午前 / 午後	午前 / 午後	午前 / 午後	/ 午後
特記事項(希望等)						
ケアマネージャーなど						
事業所情報	事業所名			電話番号		
	担当者氏名 様			FAX		