

# 西調布ハーモニー歯科クリニック 訪問歯科診療 申込書

申込日 年 月 日

ふりがな 患者氏名	(男・女) 生年月日 M・T・S・H 年 月 日 ( 歳)						
患者住所	(〒 - ) TEL ( ) 駐車場 有・無						
保険証	(医療) 1割・2割・3割 生保 公費負担			(身体障害者手帳) 有 (種 級) ・無			
	(介護) 有・無 介護度 (要介護 ・ 要支援 )						1割・2割・3割
歯科的主訴	歯が痛い                      歯が動く                      歯茎が腫れた 入れ歯が合わない              入れ歯を入れたい              嚙下をみてほしい その他 ( )						
全身の状態	高血圧      脳梗塞      脳出血      心臓弁膜症      大動脈瘤      大動脈解離 心筋梗塞      狭心症      不整脈      心不全      ベースメーカー 認知症      糖尿病      骨粗鬆症      骨折      関節リウマチ      パーキンソン病 肺炎      喘息      COPD      在宅酸素      B型肝炎      C型肝炎      肝硬変 腎不全      人工透析      血液疾患      その他 ( )						
医科主治医	(病院) TEL ( )			(医師名) 病院・医院・クリニック 先生			
ケアマネージャー	(事業所名) TEL ( ) FAX ( )			(担当名) TEL ( )			
日常生活の程度	・身体状況： 寝たきり・車いす・つえ歩行・つたい歩き・長時間の歩行不可・自立歩行 ・食事摂取： 自立・見守り・一部解除・全介助・不明 ・座位保持： できる・支えが必要・できない・不明 ・意思の疎通： できる・ときどきできる・できない ・生活背景： 独居・キーパーソン ( ) TEL ( )						
備考 (その他)							
週の予定	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
時間							
内容							
緊急処置の必要性	できるだけ早く・日程調整可能      希望曜日 ( ) 曜日						

※分かる範囲での記載でかまいません



西調布ハーモニー歯科クリニック

〒182-0035 東京都調布市上石原2-40-1

TEL: 042-426-4064

FAX: 042-426-4068