

# 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	(〒 - ) 駐車場 有・無						
	TEL ( )						
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 入れ歯が合わない その他( )						
歯が動く 入れ歯を入れたい 嚥下をみてほしい	歯茎が腫れた						
全身の状態	高血圧 心筋梗塞 認知症 肺炎 腎不全 脳梗塞 狭心症 糖尿病 喘息 人工透析 脳出血 不整脈 骨粗鬆症 COPD 血液疾患 心臓弁膜症 心不全 骨折 在宅酸素 その他( ) 大動脈瘤 ペースメーカー 関節リウマチ B型肝炎 C型肝炎 大動脈解離 パーキンソン病 肝硬変						
医科主治医	(病院) (医師名) TEL ( )						
ケアマネージャー	(事業所名) (担当名) TEL ( ) FAX ( ) 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