

吉永歯科医院 訪問歯科診療申込書

申込日 年 月 日

I 患者様情報	
ふりがな ()	
患者様のお名前	男・女
生年月日 M・T・S・H 年 月 日	歳
ご家族様氏名	続柄() 連絡先
II お申し込み理由 (○をつけてください)	
1 痛みがある 2 腫れている 3 良くかめない 4 入れ歯が合わない	
5 飲み込む時にむせる 6 食事に時間がかかる 7 口の中が汚れている	
8 その他	
III 訪問先 (居宅・施設・病院)	
施設名 (病棟)	電話番号
担当者	
主治医	
IV 患者様の状態 <施設、病院様専用記入欄> ※担当スタッフの方ご記入をお願いします。	
治療中の疾患名	
服用している薬剤名	
肺炎の既往	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 繰り返しあり
低栄養のリスク (体重の変化など)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 介護食 <input type="checkbox"/> 非経口()
感染症	無・有()
主治医の意見など	
* 入院されている方のみ(退院予定日: 月頃)	

問合せ・申し込み先 吉永歯科医院 訪問診療部

電話 0964-32-5893

ファックス 0964-32-3571 までお願いします。

* 個人情報につきましては、当院の利用目的以外では使用しません。