

吉永歯科医院 訪問歯科診療申込書

(施)

申込日 年 月 日

【下記の項目の準備ができればましたらFAXお願いします】

- 保険証 (社保 ・ 国保 ・ 後期高齢)
- お薬手帳か薬剤情報提供書のコピー
- 申込書のすべての項目にご記入下さい

【1枚目】 (FAX) 0964-32-3571

| | |
|--|--|
| ご記入者氏名 | |
| <p>I 患者様情報</p> <p style="margin-left: 40px;">ふりがな ()</p> <p>患者様のお名前 男 ・ 女</p> <p style="margin-left: 40px;">生年月日 M・T・S・H 年 月 日 歳</p> <p>ご家族様氏名(依頼者) 続柄() 連絡先</p> <p>ご家族様住所</p> | |
| <p>II お申し込み理由 (Oをつけてください)</p> <p style="margin-left: 40px;">1 痛みがある 2 腫れている 3 入れ歯が合わない 4 口腔ケア希望</p> <p style="margin-left: 40px;">5 飲み込む時にむせる 6 食事に時間がかかる</p> <p style="margin-left: 40px;">8 その他</p> | |
| <p>III 訪問先 (施設 ・ 病院)</p> <p style="margin-left: 40px;">施設名 (病棟) 電話番号</p> | |
| <p>IV 患者様の状態</p> <p>発熱・肺炎の既往 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 繰り返しあり</p> <p>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</p> <p>高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()</p> <p>麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()</p> <p>食事方法 <input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 経口+経管 <input type="checkbox"/> 経管のみ</p> <p>食事形態 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 介護食 <input type="checkbox"/> 非経口()</p> <p>食事姿勢 <input type="checkbox"/> 座位保持可能 <input type="checkbox"/> やや可能 <input type="checkbox"/> 座位保持困難</p> <p>食事介助 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p>ムセ <input type="checkbox"/> あり(食前・食中・食後) <input type="checkbox"/> なし (*嚥下訓練の実施 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)</p> <p>感染症 無 ・ 有()</p> | |

2枚目へ続く

【2枚目】

| | |
|--|--|
| (既往歴) | (現在治療中の病気) 主治医 () 医療機関名 () |
| <p><u>お支払い方法</u> *請求書は月ごとにまとめて、診療した翌月の20日前後に発行します</p> <p>1. 直接支払う(本人 ・ ご家族 ・ 施設)</p> <p>2. 振込み(郵便局・銀行) *請求書はご自宅に郵送、郵便局の振込み用紙と銀行口座番号を同封します。 * 吉永歯科の外来受付でもお支払いできます。</p> <p>郵送先:(お名前) (ご住所)</p> <hr/> <p>3. 自動口座引き落とし</p> | |
| <p><u>その他(デイサービス利用状況や注意してほしいことなど)</u></p> | |

* 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。
ご不明な点は、お気軽にお問い合わせください。

吉永歯科医院 訪問診療部
TEL 0964-32-5893