

入院者歯科診療申込書

申込日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 在宅からの継続 <input type="checkbox"/> その他
受診者	住所	電話番号
	氏名	男女
申込者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他() 介護者	
保険証種別	国保 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) 社保 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) 退職 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他()	
主治医		担当看護師
(現症) 1. 入院になった原因 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 老衰 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> アレルギー疾患 その他 () 2. 入院になった時期 年 月頃から ()年 3. 入院状況 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 室内移動可 診療に耐え得る時間 (時間程度) 4. 心身状況 聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 痴呆 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		(口腔内状況) 1. 主訴 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> よく噛めない <input type="checkbox"/> 義歯(不適合・破折・新調) <input type="checkbox"/> 口腔ケア その他 () 2. 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 毎日(回) <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> しない 3. 口腔機能 食事状況 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 食事内容 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 流動食 4. 以前のかかりつけ歯科医院名 () 5. 往診希望の歯科医院 ()
現在の常用薬	<input type="checkbox"/> 降圧剤 <input type="checkbox"/> 心臓病薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 精神安定剤 <input type="checkbox"/> その他 ()	
特記事項 (医師コメント)		

熊本市歯科医師会会長 殿

上記のとおり歯科診療の往診を承諾し申し込みます。

施設名 住 所
 名 称
 電話番号
 管理者

申し込みは FAX: 096(344)9778
 mail: kdckubo@kcd8020.com お願いします。
 熊本市歯科医師会事務局より希望の歯科医院、もしくは最寄りの歯科医院に
 連絡の上、診療の準備をいたします。