

在宅歯科診療申込書

申込日	平成 年 月 日				
受診者	住所			電話	()
	氏名		男女	MTSH 年 月 日生	() 歳
申込者	本人 家族 その他 ()				
主治医医院、 病院名	住所			電話	()
	名称			電話	()
現症			口腔内状況		
I. 基礎疾患 脳血管疾患・心疾患・高血圧・糖尿病・腎疾患・ 骨折・アレルギー疾患・老衰 その他 ()			① 主訴 歯が痛む、歯ぐきが腫れて痛む、虫歯がある、 入れ歯が合わない・割れた・新たに作ってほし い その他 ()		
II. 療養状況 寝たきり、寝たり起きたり、室内移動可			② 口腔清掃 毎日 () 回・時々・しない (本人、介護者)		
III. 心身状況 聴力障害 有 無 言語障害 有 無 認知症 有 無			③ 口腔機能 食事状況 自力・部分介助・全面介助 食事内容 普通食・軟食・流動食・経管栄養		
IV. 常用薬 降圧剤 心臓病薬 糖尿病薬 精神安定剤 その他 ()			④ 以前のかかりつけ歯科医院名 ()		
特記事項					

上記の通り在宅歯科診療を申し込みます。

熊本市歯科医師会会長殿

受診者名

㊟