

吉永歯科医院 訪問歯科診療申込書

(介)

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 )
- 介護保険証
- 介護保険負担割合証
- 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	
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(依頼者) ..... 続柄( ) 連絡先 ..... ご家族様住所 .....	
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 入れ歯が合わない    4 口腔ケア希望 5 飲み込む時にむせる    6 食事に時間がかかる 8 その他 .....	
III 訪問先 ( 居宅 ・ 施設 ・ 病院 ) 施設名 ( 病棟 ) 電話番号 .....	
IV 患者様の状態 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 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 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) 麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) 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 食事形態 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 介護食 <input type="checkbox"/> 非経口( ) 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 食事介助 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 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) 感染症 無 ・ 有( )	

2枚目へ続く

【2枚目】

<p>(既往歴)</p>	<p>(現在治療中の病気)</p>          <p>主治医 ( )</p> <p>医療機関名 ( )</p>
<p><b>お支払い方法</b> *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>	
<p><u>担当ケアマネージャー様の事業所名</u></p> <p>.....</p> <p>担当ケアマネージャー様のお名前</p> <p>.....</p> <p>電話</p> <p>.....</p> <p>ファックス</p> <p>.....</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