

はなふさ歯科医院 訪問部

☎0120-13-8723 FAX:086-265-9226

★医療保険証・介護保険証・介護負担割合証
(その他保険証・障害保険など)申込時にFAXお願いします。

記入日 年 月 日

受診者	フリガナ				性別	連絡先 () -		
	氏名				男・女	(電話) () -		
	住所	〒			生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
訪問先	自宅・病院()・階 号室)・施設()・階 号室							
キーパーソン (治療のご相談をさせていただく方)		氏名			受診者との関係	連絡先	★繋がりやすい番号をお願いします () -	
集金方法	<input type="checkbox"/> 郵便局振込 <input type="checkbox"/> はなふさ歯科窓口持参 <input type="checkbox"/> 本人集金(在宅のみ可) <input type="checkbox"/> 施設に集金							
請求書送付先	氏名					続柄		
	住所	〒						
主訴								
診療可能な曜日・時間	月	火	水	木	金	※考慮する時間あればご記入、またはサービス計画書送付ください。		
	AM	AM	AM	AM	AM			
	PM	PM	PM	PM	PM			
通院困難な理由								
保険種類	国保・社保本人・社保家族・後期高齢者・障害・生保・その他()							
介護保険	なし・あり(要支援 1・2)(要介護 1・2・3・4・5)					特定疾患助成金の申請	なし・あり	
ケアマネジャー	事業所名				氏名	連絡先 () -		
現病歴(現在治療中の病気)				既往歴(過去にかかった病気)				
感染症	なし・あり A・B・C型肝炎 / その他()							
服薬状況(薬剤名)	(お薬手帳・薬情のコピーでも可)					禁忌	キシロカイン使用	可・否
						アレルギー		
かかりつけ医院	医院名				担当医	連絡先() -		
肺炎の既往	なし・あり・繰り返しあり			低栄養のリスク	なし・あり・不明			
食事形態	普通食・介護食(常食・軟菜食・刻み食・ミキサー食・流動食・ゼリー等)・非経口							
入れ歯の使用状況	上顎	あり(全部入歯 / 部分入歯)・なし			下顎	あり(全部入歯 / 部分入歯)・なし		
経管栄養	ない・ある → 胃ろう・経鼻・その他			座位保持	良好・普通・不調			
開口保持	可能・困難・不可能			ブクブクうがい	可能・困難・不可能 → むせ			
治療終了後、定期的な口腔ケアを希望されますか?	希望する ・ 希望しない							

★電話受付時間：月～金 9:00～17:00 (11:45～13:00は留守番電話になります。)