

≪ ラビット歯科 訪問診療 申し込み票 ≫

ご依頼内容	無料検診 ・ 治療 を希望します。	お申し込み日：令和 年 月 日
-------	-------------------	-----------------

患者様 氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)		
訪問先のご住所	〒		
電話番号	-		
担当ケアマネージャー様	氏名	電話番号	-
	事業所名	FAX番号	-
日程調整などのご連絡をさせていただきます方	氏名	(ご本人様 ・ ご家族様 ・ 後見人様 ・ ケアマネージャー様)	
	TEL(携帯)	-	

御依頼者名	事業所名 () 紹介者名 () 様 居宅介護支援事業所 ・ 地域包括支援センター ・ 訪問看護 S t ・ 訪問介護 ・ 病院		
電話番号 ・ FAX	TEL	-	FAX -

主 訴 患者様が受診を 求める主な理由	(※例「左の下の歯が痛い」、「詰め物がとれた」、「歯がグラグラする」など)		
お口の状態	総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ 自歯	痛み	有 ・ 無
受け答え	受け答え(会話)ができる ・ 少しならざる ・ 難しい		
歩行状況	寝たきり ・ 準寝たきり ・ 要介助 ・ 車いす ・ 短時間可能 ・ 屋内可能 ・ 他 ()		

介護保険認定	有 ・ 無 ・ 申請中	要介護度	要支援 (1 ・ 2) 要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
医療保険種類	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢者 ・ 生保 ・ 障害 ・ その他 ()		
ご病気 (現在又は過去)	高血圧症 ・ 心臓疾患 (心筋梗塞 ・ 弁膜症 ・ 中核欠損 ・ ペースメーカー使用) ・ 腎臓 (透析 有 ・ 無) 糖尿病 (インシュリン投与 有 ・ 無) ・ 認知症 (重度 ・ 軽度) ・ 肝臓 (A型 ・ B型 ・ C型) その他 ()		
通院困難な理由	脳疾患 (脳梗塞 (右 ・ 左) ・ 脳卒中 ・ 脳溢血 ・ 骨折 (腰椎 ・ 大腿骨 ・ 膝関節) ・ 関節リウマチ 変形症 (腰椎 ・ 頸椎 ・ 膝関節) ・ (上肢 ・ 下肢) 機能全廃 ・ 筋萎縮症 ・ パーキンソン病 脊髄損傷 ・ 悪性腫瘍後遺症 ・ その他 ()		
感染症	有 ・ 無	※有の場合は記入 症	

(病歴 ・ ご都合の悪い日はお分かりになる範囲で結構です。)

ご都合の悪い日	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後
理由							

※お手数ですが患者様のご了承を得られた上で、上記項目にご記入の上、下記までFAXでご送信お願い致します。

FAX番号 011-398-6332

〒061-1127 北広島市新富町西2-1-14 ラフィネロジュマン102

フリーダイヤル (0120) - 25 - 6418