

訪問歯科問診表（居宅）

年 月 日

申込者氏名	（電話番号）					
連絡先住所				患者様との続柄		
フリガナ						
患者様氏名	生年月日		年 月 日			（ 歳）
患者様住所	電話					
	Fax					
駐車場	有 . 無					
お申込み理由(主訴)	1 歯が痛い		2 歯ぐきの腫れ、出血			
	3 歯が動く		4 入れ歯が合わない			
	5 入れ歯を作りたい			6 入れ歯が壊れた		
	7 虫歯の治療希望			8 口腔ケア希望		
	9 その他（ ）					
現在の身体状況	寝たきり、車椅子、杖歩行、長時間の歩行不可、自立歩行					
現在の全身状態 (現病歴)						
現在服薬中のお薬						
保険の種類	国保、社保、後期高齢、生保			手帳 有（ ）無		
要介護度	自立、要支援（ ）、要介護（ ）					
	介護認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日					
ケアマネジャー	事業所、所在地					
	氏名			TEL		
				FAX		
医科主治医	医療機関名、所在地					
	氏名			TEL		
				FAX		
在宅の日時(詳しく)	月	火	水	木	金	土
訪問可能曜日						
時間						

はごろも歯科クリニック

TEL 058-216-3433

FAX 058-216-3437

岐阜市羽衣町4-7-2