

□歯科健診申込書 □歯科診療依頼書

FAX:03-6701-2228

上記、お申し込み内容に□をお願いいたします

※枠内にご記入下さい

ご記入日 令和 年 月 日

|  |                        |                |                |  |  |
|--|------------------------|----------------|----------------|--|--|
| 場所                                       | 居宅<br>施設 ( )           | 施設の場合<br>お部屋番号 |                | 【代筆者様 サイン】<br>施設担当者様、<br>成年後見人様等が<br>代筆記入の場合 |  |
| ふりがな                                     |                        | 性別             | 生年月日           |  |  |
| ご本人様<br>情報                               | 氏名                     | 男・女            | M・T・S          | 年 月 日  |  |
|  | 住所                     | 〒 -            | H・R            | ( 歳 )  |  |
| ふりがな                                     |                        | 続柄             | 連絡先 本人 家族等 ( ) |  |  |
| ご契約者様<br>キーパーソン<br>情報<br><br>健診結果<br>送付先 | 氏名                     |                | 電話 ( )         |  |  |
|  | 住所                     | 〒 -            | 携帯 ( )         |  |  |
| 日中連絡                                     | 不可 ・ 可 (連絡可能時間 : ~ : ) |                |                |  |  |
| 写真撮影<br>(口内・顔面下部)                        | 同意する ・ 同意しない           |                | 診察時の<br>注意点    | 例:歯医者が怖い、右耳が聞こえにくい、一人で歩いてはいけない 等             |  |

※以下、既往歴・感染症～内服薬の情報は、フェイスシート(アセスメント)・お薬情報があれば一緒にお送りください。

|                              |  |   |           |  |   |     |
|------------------------------|--|---|-----------|--|---|-----|
| 主訴                           | 【例】奥歯が痛い、歯が欠けた、問題がないかみてほしい等                          |   | 感染症       | 無 ・ 有 (下記該当に○をお願いします)<br>HBV ・ HCV ・ HIV ・ STD ・ その他 ( ) |   |     |
| 既往歴                          | □ 筋萎縮症 □ 肝臓(A型・B型・C型)                                |   | アレルギー     | 無 ・ 有 (薬物・アルコール・その他 )<br>種類等 ( )                         |   |     |
|                              | □ 心筋梗塞 □ 糖尿(インシュリン:有・無)                              |   |           | 食形態  | 常食 ・ ソフト食 ・ きざみ食 ・ ミキサー食<br>【 とろみ 有 ・ 無 】 |     |
|                              | □ 認知症 □ ↓その他 ↓<br>( )                                |   | 血圧        | 上( ) ~ 下( )  |   |     |
| 通院困難<br>理由                   | □ 脳疾患(脳卒中): 脳梗塞(左・右)・脳出血・クモ膜下                        |   | □ 筋萎縮症    | □ パーキンソン □ 脊椎損傷  |   |     |
|                              | □ 変形症: 腰椎症・関節症・膝関節症                                  |   | □ 悪性腫瘍    | □ 関節リュウマチ(上肢・下肢・全廃)                                      |   |     |
|                              | □ 骨折: 腰椎・大腿骨・膝関節                                     |   | □ その他 ( ) |  |   |     |
| 内服薬<br>内容                    | ※ 備考(症状・お薬・ご希望等)                                     |   |           |  |   |     |
| 一週間のご予定<br>(サービス等)<br>ご希望日時等 | 月  | 火 | 水         | 木  | 金   | 土 日 |
| 書類確認                         | □ 医療保険証 □ 医療減額認定証 □ マル障受給者証 □ フェイスシート □ お薬情報 その他 ( ) |   |           |  |   |     |

【歯科訪問診療の申込】 ※初診申込の場合、下記の同意書名欄にサインをお願いいたします。

|             |                                 |    |                  |      |       |  |
|-------------|---------------------------------|----|------------------|------|-------|--|
| 治療内容<br>ご要望 | □ 専門的口腔ケア(月に1~4回) 別の治療がある際も行います |    | □ 義歯修理および定期的義歯管理 |      |       |  |
|             | □ 虫歯治療                          |    | □ 義歯新製および定期的義歯管理 |      |       |  |
|             | □ 抜歯および抜歯後の差し歯や義歯の処理            |    | □ その他 ( )        |      |       |  |
| 同意署名        | □ 治療及び口腔ケアについて同意します。            |    | 氏名:              | 家族立会 | 無 ・ 有 |  |
| ご依頼者様<br>情報 | 担当ケアマネジャー                       | 氏名 |                  | 事業所  |       |  |
|             |                                 |    |                  | 電話   |       |  |
|             | 担当ケースワーカー                       | 氏名 |                  | 事業所  |       |  |
|             |                                 |    |                  | 電話   |       |  |

※ご契約者様のご住所/健診結果送付先の情報は、当院からの「治療計画書」の送付等、歯科診療に関する対応時に利用させていただきます。

※施設にご入居の場合は、ご本人様の病歴・感染症・お薬等の医療情報及び当院からの「治療計画書」等を施設様と共有いたします。

グランティース武蔵小山歯科

〒142-0062 東京都品川区小山3-27-3 PSビル2階

TEL:03-6426-8046

FAX:03-6701-2228

e-mail: [musashikoyama@granteeth.com](mailto:musashikoyama@granteeth.com)

