

FAX送付状

(様式1)

泉大津市在宅訪問歯科健診実施依頼書

担当歯科医師

先生

担当ケアマネージャー

氏名

事務所

電話番号

受 診 希 望 者	フリガナ			男 ・ 女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)
	氏名				依頼者					
	住所	泉大津市				電話番号 ()				
	介護者(続柄)	()								
疾 患 状 況	原 因 疾 患	①脳血管疾患() ②老衰 ③糖尿病 ④心疾患 ⑤骨折・関節炎 ⑥リウマチ ⑦パーキンソン氏病 ⑧認知症 ⑨うつ・統合失調症 ⑩悪性腫瘍 ⑪脊柱管狭窄症 ⑫その他()				感染症既往		①HBV ②HCV ③HIV ④STD ⑤結核 ⑥ヘルペス ⑦MRSA ⑧その他()		
						麻痺の状況				
	ねたきり状態	①全くねたきり ②座位は可能 ③家の中である程度の動作可能 ④その他()								
	要 介 護 度	要介護3・要介護4・要介護5・その他()								
	残存歯の有無	有 ・ 無		義歯の有無		有 ・ 無				
医 科 主 治 医										
駐 車 状 況		①駐車場あり ②車の横付け可能 ③その他()								
訪 問 希 望 曜 日		月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 (備考:)								
訪 問 予 定 日		月 日() 時 分								

略地図	備考

※訪問健診の依頼を確認したうえで記入し、依頼歯科医院にFAXしてください。