



No. \_\_\_\_\_

**【連絡先】（医）アルファ歯科**  
 アルファデンタルクリニック  
**TEL：046-853-1180**  
**FAX：046-853-1181**

# 歯科往診申込書

お申し込み年月日 平成 年 月 日

うわまち病院 ・ 衣笠病院 ・ 他 ・ 個人

(ふりがな)				
患者様氏名		生年月日(T・S・H)	年 月 日	
〒( )ご住所 (施設名・部屋番号)		TEL		
受診場所	(駐車場所) 有 無			
	自宅 病院 施設 その他( )			
ご家族・後継人	お名前	TEL	ご関係( )	
	〒( )ご住所			
往診時連絡先(在宅)	名前	TEL	ご関係( )	
居宅介護支援事業者	事業所名	TEL		
	担当ケアマネージャー			
医療保険の種類	国保・社保・生保・後期高齢者医療被保険者証・(障)医療証(有 無)・その他			
介護認定状況	自立 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 申請中			
主訴	気になっている 症状	<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない	<input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた	<input type="checkbox"/> 歯が痛い
		<input type="checkbox"/> かぶせ・詰め物がとれた	<input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い・腫れている	<input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらしている
		<input type="checkbox"/> 口臭がする	<input type="checkbox"/> 飲み込みにくい	<input type="checkbox"/> 口が開かない、顎が痛い
		<input type="checkbox"/> その他( )		
往診の理由				
今かかっている病気	肺炎(誤嚥性肺炎) 結核 喘息 糖尿病 高血圧症 心疾患			
これまでにかかった病気	肝炎(B型肝炎 C型肝炎 慢性肝炎) 脳血管の疾患(内出血・脳梗塞) 慢性腎炎 骨粗鬆症 身体のふるえ 嘔吐反射 その他( )			
日常生活動作 生活状況	1. 寝たきり 2. 移動(車椅子・歩行介助器・杖・要見守り) 3. 加齢による筋力低下 4. (右・左)に半身麻痺がある 5. 大声でないと聞こえない 6. 視力に問題がある 7. 認知症(意思の疎通困難・情緒不安定) 8. 医療器具を装着( )			
かかりつけ医	病院名	担当医	TEL	
	病院名	担当医	TEL	
服用の薬名				
アレルギー反応	1. ない 2. ある(麻酔薬・抗生物質・その他( ))			
ご希望記入欄				

ご提供いただいた情報は、歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管管理いたします。

院長 松井 利行