

訪問歯科診療無料検診申込書

申込日： 年 月 日

申込者氏名	
患者さまとの御関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他
御連絡先	

利用者(患者)氏名	ふりがな	男・女
生年月日	西暦 年 月 日 歳	
訪問先の住所	〒 ー 新潟県 市	
訪問先の電話番号		
介護保険	<input type="checkbox"/> 認定無	
	<input type="checkbox"/> 認定有	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
主訴	<input type="checkbox"/> 無料歯科検診希望	
通院困難な理由・病名	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 下肢筋力低下 <input type="checkbox"/> その他()	
感染症	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある()	
アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある()	
移動	<input type="checkbox"/> 杖あり <input type="checkbox"/> 歩行介助必要 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 移動不可能	
移乗	<input type="checkbox"/> ご自身で可能 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
食形態		
食事時間	<input type="checkbox"/> 30分以内 <input type="checkbox"/> 30分以上1時間以内 <input type="checkbox"/> 1時間以上	
食事時の姿勢	<input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド座位 <input type="checkbox"/> 寝たまま	
担当ケアマネージャー	氏名	
	事業所名	
	連絡先	
グッドモーニングデンタル FAX : 025-788-1946		