

【訪問歯科クリニックこすもす 新規相談受付票】

FAX:017-718-4477

受付日:

相談者:

(続柄:)

【患者情報】

患者氏名: _____ 性別(男・女) _____ 生年月日: _____ 年 月 日

住 所:

(居住区分: 在宅・施設入所中) 電話番号: _____

訪 問 先:

部屋番号: _____

【主訴】

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い、しみる | <input type="checkbox"/> 差し歯がとれた |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い、腫れている | <input type="checkbox"/> クリーニング希望 |
| <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらしている | <input type="checkbox"/> 義歯が痛い、合わない、無くした |
| <input type="checkbox"/> 歯が折れた | <input type="checkbox"/> 義歯を作りたい |
| <input type="checkbox"/> その他: | |

【医療・介護情報】

○主治医: _____ 病院名: _____

○基礎疾患:

○ケアマネジャー(氏名) _____ (事業所) _____

TEL: _____

◆要介護度 (自立・申請中・支援1・支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5)

◆障害高齢者の日常生活自立度 (自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2)

◆認知症高齢者の日常生活自立度 (自立・I・II・III・IV・V・M)

【添付書類】

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 医療保険証 | <input type="checkbox"/> フェイスシート(既往歴を含む) |
| <input type="checkbox"/> 高額療養費限度額認定証 | <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書 |
| <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療受給者証 | <input type="checkbox"/> 現在のケアプラン |
| <input type="checkbox"/> 介護保険証 | <input type="checkbox"/> 週間サービス計画表 |
| <input type="checkbox"/> 負担割合証 | ※太字は必ず添付してください |

【予約方法】

連絡先: 本人 家族 ケアマネージャー 施設

<備考>

FAX受信後、3営業日以内に確認と訪問予定日のお電話をいたします。