

みらい歯科

Tel 086-245-0500

Fax 086-245-0509

医療保険証・介護保険証・介護負担割合証（その他保険証・障害保険など）申込時にFAXお願いします。

記入日：令和 年 月 日

受診者	フリガナ		性別	連絡先	
	氏名	様	男・女	電話	() -
	住所	〒		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
訪問先	ご自宅・病院・施設 (階 号室)				

診療可能な曜日・時間	月	火	水	木	金	※考慮する時間あればご記入、またはサービス計画書送付ください。
	AM	AM	AM	AM	AM	
	PM	PM	PM	PM	PM	

主訴					
----	--	--	--	--	--

現病歴	現在治療中のご病気	既往歴	過去にかかったご病気
-----	-----------	-----	------------

感染症	なし・あり A・B・C型肝炎 / その他 ()
-----	--------------------------

服薬状況 (薬剤名)	お薬手帳・薬情のコピーでも構いません	禁忌	
		アレルギー	

キーパーソン (治療のご相談をさせていただきます方)	氏名	受診者との関係	連絡先	繋がりやすい番号をお願いします () -
----------------------------	----	---------	-----	-----------------------

保険種類	国保・社保本人・社保家族・後期高齢者・障害・生保・その他 ()
------	----------------------------------

介護保険	なし・あり (要支援 1・2) (要介護 1・2・3・4・5)	特定疾患助成金の申請	なし・あり
------	---------------------------------	------------	-------

請求書送付先	氏名	続柄	
	住所	〒	

集金方法	<input type="checkbox"/> 郵便局振込 <input type="checkbox"/> 病院窓口持参 <input type="checkbox"/> 本人集金 (在宅のみ可) <input type="checkbox"/> 施設に集金
------	---

ケアマネジャー	事業所名	氏名	連絡先	() -
---------	------	----	-----	-------

かかりつけ医院	医院名	担当医	先生	連絡先	() -
---------	-----	-----	----	-----	-------

肺炎の既往	なし・あり・繰り返しあり	経管栄養	ない・ある → 胃ろう・経鼻・その他
-------	--------------	------	--------------------

食事形態	普通食・介護食 (常食・軟菜食・刻み食・ミキサー食・流動食・ゼリー等)・非経口
------	---

入れ歯の使用状況	あり (全部 / 部分)・なし	口腔ケアの実施状況	自立・介助下・その他
----------	-----------------	-----------	------------

治療終了後、定期的な口腔ケアを希望されますか？	希望する・希望しない
-------------------------	------------