

**【訪問歯科診療・口腔ケア申込書】**

ポテト歯科医院 宛

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな		男 ・ 女
受診希望者 氏名	様	
生年月日	明 大 昭 平 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)	
訪問先	(自宅 施設 病院 )	
住所	札幌市 _____ 区	
駐車スペース	あり _____ なし	
申込依頼者	_____ 様 続柄 ( _____ ) 連絡先	
訪問希望曜日		

主訴(依頼内容)

痛い(歯 ・ 入れ歯)      入れ歯があわない      口が渴く  
歯がぐらぐらする      入れ歯がこわれた      歯ぐきから血が出る  
歯ぐきが腫れた      入れ歯をつくりたい  
むせる      歯が取れた  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

**【現在の口腔状況など】 (わかる範囲でかまいません)**

義歯の有無	なし ・ 上(全部 部分) ・ 下(全部 部分) ・ 持っているが使用せず
口腔清掃	自立 声かけ 一部介助 全介助
義歯清掃	自立 声かけ 一部介助 全介助
うがい	ぶくぶく可 声かけで可 困難(むせる 飲んでしまう 口から出る)
歯みがき用具	歯ブラシ 歯間ブラシ スポンジブラシ 義歯用ブラシ 舌ブラシ 歯みがき用ティッシュ その他 ( _____ )

持記事項：

☆フェイスシート

☆薬剤情報提供書      を当日訪問時にご用意をお願いいたします。

☆保険証のコピー

ポテト歯科医院 FAX 011-669-2884へ ご送信ください