

申込書

年 月 日

利用者情報

ふりがな	性別	生年月日			
利用者氏名	男・女	明・大・昭	年	月	日生 ()歳
利用場所	自宅・施設 〒 -				駐車場 あり・なし
	電話番号	- -	FAX	- -	
家庭環境	独居・同居(夫婦・兄弟姉妹・2世帯・その他) 本人含めて()人家族 施設入所(グループホーム・特養・有料老人ホーム・老健・病院・その他)				

申込者情報(利用者との関係:) *日程調整など当医院からの連絡に対応できる方

ふりがな			
氏名		メールアドレス	@
電話番号	- -	携帯番号	- -

ケアマネージャー情報

お名前		事業所名	
電話番号	- -	FAX	- -

利用者の状態

主訴(現在気になっているお口の状態)	いつから	
	部位	
	痛みの有無	なし・あり
通院困難なご事情(病気の経歴)	・認知症	なし・あり(軽度・重度)
	・感染症	なし・あり()・不明
	・歩行	自立・部分介助・全介助・不可
認知症などの症状をご本人の前で話しても、大丈夫ですか?		大丈夫・話さないほうが良い
歯科受診履歴(最後の受診はいつですか)		むらやま歯科に掛かったこと
1ヶ月以内・半年以内・一年前・不明 外来・訪問		ない・ある(診察券番号)
口腔ケア	食事情	
・歯ブラシ	自立・部分介助・全介助	・通常食 ・刻み食 ・やわらか食
・ブクブクうがい	可・困難・不可	・ミキサー食 ・ゼリー食
・義歯	なし・自立清掃・介助清掃	・その他()

訪問希望日時 (○=希望 △=調整可能 X=不可)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
午前9-11時						
午後1-3時						
午後4-6時						
その他						

Tel: 0120-504-418

Fax: 047-394-5053

