

FAX : 0884-44-6109

往診アセスメント表

八幡歯科医院

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	年齢	電話番号
患者様氏名				
住所				
ご依頼内容	治療 ・ 口腔ケア ・ 検診			
主訴(現在気になっているお口の中の症状)				
通院困難なご事情(病気の経歴・現在服用されているお薬など)				
※感染症⇒有() ・ 無 ※通院⇒有 ・ 無 ・ 往診				
歩行状態	寝たきり(座位 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能) ・ 車いす ・ 自力歩行			
希望曜日等	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 (午前 午後 時 ~ 時ごろ)			
入所先	病院() ・ 施設() ・ 居宅			
ケアマネージャー様	お名前	事業所名	電話番号	FAX番号
駐車スペース	あり ・ なし	往診を知ったきっかけ		
備考				

口腔ケア(歯磨き)の状況	義歯の使用状況
治療内容に対するご希望等(応急処置的に痛みを取るだけでいいのか・可能な限り改善させるか)	

ご記入者氏名	患者様ご本人との続柄
--------	------------

ご提供いただいた情報は、当医院の個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管管理いたします。