

訪問歯科診療申込書

FAX:045-534-6884

記入日：平成 年 月 日

ID:17-

受診希望者	フリガナ	様	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭	年 月 日	歳
住所（訪問先）			
電話番号			
主訴	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない・こわれた <input type="checkbox"/> かみにくい <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> その他		

介護認定 非該当 要支援（ ） 要介護（ ）
生活保護指定 有 無 医療保険 国保 社保 後期高齢者
既往歴 脳血管疾患 心筋梗塞 糖尿病 肝炎
認知症（なし 軽度 重度）

申込者	様	担当ケアマネージャー	様
患者さんとの関係		連絡先	

かかりつけ歯科医院 有 無 主治医 有 無

歯科医院名 ☎ 医院名 ☎

かかりつけ歯科医院 希望 どちらでもよい

患者さんの状態 寝たきり 寝たり起きたり 自力で移動ができる 移動に介助が必要

訪問希望日○をつけてください

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

ご自宅の駐車スペース

有 無

*主となる連絡先

西区在宅歯科医療相談室

ご不明な点がございましたら 080-3696-2676