

# 訪問歯科診療申込書

訪問歯科診療を受けられる方は、太枠内の必要事項をご記入ください

申し込み日：平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大正・昭和・平成： 年 月 日生
訪問先住所	(〒 - ) (☎： - - )		
ふりがな		患者との続柄	依頼者連絡先
依頼者氏名			☎： - -
かかりつけ 歯科医院	<input type="checkbox"/> あり（名称： ） <input type="checkbox"/> なし		
通院できない 理由（病名）			
症状	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が折れた <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている・痛い <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない <input type="checkbox"/> 入れ歯をつくりたい <input type="checkbox"/> つめもの等がとれた <input type="checkbox"/> その他（ ）		
訪問希望日時 その他			

・・・・・・・・・・・・・・・・・・以下はわかる範囲でご記入ください・・・・・・・・・・・・・・・・・・

- かかりつけ医院・病院    あり（名称： ） なし
- 現在かかっている病気（ ）
- これまでかかった大きな病気（ ）
- 服用中の薬    血液をさらさらにする薬（ ）  
                   骨粗しょう症の薬（ ）  
                   その他（ ）
- 要介護認定    認定あり（ 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 ）    認定なし  
                   [担当ケアマネージャー氏名と連絡先： ]
- 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（胃ろう・経鼻・静脈栄養・その他く ）
- 意思の疎通    良好    やや不良    不良
- 起き上がり    良好    やや不良    不良
- 口をあける    良好    やや不良    不良
- うがい        良好    やや不良    不良

送付先：お住まいの市町村の訪問歯科診療申込窓口にてファクシミリでお送りください

日進市	中井歯科医院	TEL 0561-72-6484	FAX 0561-72-6484
東郷町	東郷町健康課	TEL 0561-37-5813	FAX 0561-37-5823
	ナチュラルデンタルクリニック	TEL 0561-38-8110	FAX 0561-38-8110
豊明市	豊明東郷医療介護サポートセンターかけはし	TEL 0562-92-9984	FAX 0562-92-9983
	三浦歯科医院	TEL 0562-93-8148	FAX 0562-93-8148

※歯科医師会使用欄（以下はご記入しないでください）

担当医・担当歯科医院	初回訪問日	その他転院時の申し送り等
------------	-------	--------------