

歯科訪問診療・口腔ケア申込書

FAX: 0120-8020-93

必要事項をご記入の上、上記FAX番号までお送りください。

当てはまる項目に☑または○印をつけてください。わかる所だけ記載ください。

【申込日】平成 年 月 日 ID: ()

申込者氏名				様
患者さんとの関係	<input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他 ()			
電話番号		FAX番号		

利用者(患者)氏名	ふりがな	男・女
生年月日	明・大・昭 年 月 日 満 歳	
住所	〒 横浜市	
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"/> 咬みにくい <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> その他 ()	

当てはまる項目に☑印をつけてください。

【介護認定】非該当 要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 申請中

【生活保護指定】有 無 【医療保険】有 無 【身障者手帳】有 無

【かかりつけの歯科医院】 有 無 【かかりつけ主治医】 有 無

医院・医師名 電話番号 医院・医師名 電話番号

患者さんはどんな状態(環境)ですか?

ねたきり 寝たり起きたり(15分くらい座っていることが出来る) 自力で移動出来る 移動に介助が必要

訪問診療希望日時を教えてください(希望日に○、ダメな日に×)

ご自宅の駐車スペース

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

有 無

ご不明な点は☎0120-8020-93までお問い合わせください。

神奈川県歯科医師会 連携室