

訪問歯科診療申込書

（患者さんへ）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 ）
- 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ご送付ください
 ※ご不明な点は愛知県歯科医師会 在宅歯科医療連携室（052）962-8020 までお問い合わせください