訪問歯科診療申込書

様式1

申込日：　　年　　月　　日　　(NO.　　)

(フリガナ)		
患者名	様	□男　□女
生年月日	□明治　□大正　□昭和　□平成　　年　　月　　日　　才	
訪問先住所		
電話番号	ー　　ー　　□自宅　□施設　□病院　□その他(　　)	
かかりつけ歯科医院	□あり　歯科医師名 →　(　　) □なし	
かかりつけ医師名	□あり　医師名 →　(　　) □なし	
依頼内容	□歯が痛い　□歯が折れた　□歯茎の痛み、腫れ　□詰め物が取れた □入れ歯が合わない　□入れ歯が壊れた　□口腔ケア □その他　(　　)	
口腔ケアについて	今後、継続した口腔ケアを希望しますか？(お口の清掃や食べる機能のリハビリを含んだケア) □はい　□いいえ　□わからない	
訪問希望日時	曜日　時頃　曜日　時頃 曜日　時頃　曜日　時頃	駐車スペース □あり　□なし
介護認定	□非該当 □要支援1　□要支援2 □要介護1　□要介護2　□要介護3　□要介護4　□要介護5	
全身疾患	□心疾患　□脳血管疾患　□高血圧　□糖尿病　□骨粗鬆症 □リュウマチ　□パーキンソン病	
特記事項	例)　服用・食形態・ADL等	

※お申込者様へ折り返しご連絡を入れます。**【不明事項については記入の必要はありません】**

(フリガナ)		
申込者名	様	□家族(：続柄　　)　□訪問看護師
電話番号	ー　　ー	□介護職員　□介護支援専門員
	□自宅　□勤務先	□その他　　)

《 歯科医師・歯科衛生士　記載欄 》

所見 その他	

＜個人情報の保護について＞ この申込書に含まれる個人情報は、患者や家族の承諾がない限り目的外利用されることはありません。

FAX 0955－74－6403　　**khda-renkei@lily.ocn.ne.jp**

唐津玄海地域在宅歯科医療連携室　(TEL 0955－74－6402)