

横須賀市歯科医師会在宅歯科診療申込書

※太枠内にご記入をお願いいたします。

			申 込 日	平 成	年	月	日
申 込 者	氏 名	続柄()	ご連絡先 電話番号	-		-	
介 助 者	氏 名	続柄()	介 助 者 電話番号	-		-	
フリガナ			住 所	〒	-		町
患者氏名		男・女		市			
生年月日	明・大・昭	年	月	日	歳	電 話	-
訪問診療 希 望 日	月・火・水・木・金・土 午前(時～ 時)・午後(時～ 時) いつでも可						
駐 車 ス ペ ース	あり・無						
ケア マネジャー	事業所名・担当者名			連 絡 先	-	-	
かかりつけ 歯 科 医 院	1. 有 歯 科 医 院 名 _____ 2. 不明・無						
かかりつけ 病 院 名	内 科 医 院 名 _____			電 話	-	-	
申込理由	1. 入れ歯が(あわない・こわれた・作りたい・きれいにしたい) 2. 歯ぐきが (腫れて痛い・血が出る ・かむと痛い) 3. 歯が(痛む・抜けた・穴があいた・折れた・ぐらぐらする・詰め物が取れた) 4. 口腔ケア(歯や舌の汚れをとりたい) 5. その他 ()						
患者さんの状態:以下、当てはまるものに○を付けてください							
● 臨床状況 : 寝たきり・寝たり起きたり・介助があれば移動できる・自分で移動できる							
● 介護保険 : あり・なし							
● 要介護度 : 自立・要支援(1・2) 要介護度(1・2・3・4・5)							
● 保険の種類 : 後期高齢者・国民保険・社会保険・生活保護・その他							
● 障害 : 聴力障害(あり・なし) 言語障害(あり・なし) 認知症(あり・なし)							
● 障害手帳の有無 : なし・あり(級)							
● その他、お気づきの点がございましたらご記入ください。							

(※歯科医師会記入欄)

協力診療所・歯科医師名 :

初診日をご報告ください(月 日)

問い合わせ・申し込み先 横須賀市歯科医師会在宅歯科医療連携室までお願いします。

電話:046-823-0022 FAX:046-823-0057