

訪問歯科診療依頼申込書

申込者様	フリガナ			男・女	続柄または ご担当者名	☐ 本人 ☐ 家族 () ☐ その他 () ☐ ケアマネジャー・ご担当者名 ()	
	お名前 (事業所名)						
	ご連絡先	TEL	- -		FAX	- -	
	ご紹介者様	ご紹介いただいた方のお名前 または事業所名をご記入ください					

患者様	フリガナ			☐ 男 ☐ 女	生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日	年齢	歳	
	お名前	様			ご連絡先	- -			
	フリガナ								
	ご住所 (ご訪問先)	〒 - -							
	保険の種類	☐ 国保 ☐ 後期 ☐ 社保 ☐ 共済 ☐ 生保 ☐ その他 ()							
	障害手帳	☐ あり (級) ☐ なし			介護保険	☐ あり ☐ なし ☐ 申請中			
	介護区分	☐ 要支援 (☐ 1 ☐ 2) ☐ 要介護 (☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5)							
	病気の経歴	☐ 脳血管障害 ☐ 関節症、リウマチ等 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ パーキンソン病 ☐ 認知症 ☐ 骨折など(部位) ☐ 肝臓病 ☐ 心疾患 ☐ その他 特記事項 ()							
	全身状態	意思の疎通	☐ 可 ☐ 不可			座位保持	☐ 可 ☐ 短時間のみ ☐ 不可		
		患者様の状態	☐ 寝たきり ☐ 準寝たきり ☐ 移動できる (☐ 自立 ☐ 全介助 ☐ 一部介助)						
感染症の有無		☐ あり () ☐ なし							
常用薬の有無		☐ あり () ☐ なし							
主治医	医院名				TEL	- -			
	担当医				FAX	- -			

お申込み理由	☐ 歯が痛い ☐ 歯茎が腫れている ☐ 入れ歯壊れた・合わない・痛い・新しくしたい ☐ 口腔ケア ☐ 健診 ☐ その他 ()		
訪問希望日	月 日 または 毎週 () 曜日 の ☐ 午前 ☐ 午後		
希望ご連絡先	☐ 本人連絡先 ☐ 申込者TEL ☐ 申込者携帯 ☐ その他 ()	ご連絡 可能時間	☐ 日中 ☐ その他 (: ~ :)
訪問先 駐車スペースの有無	☐ あり ☐ なし		なしの場合 近隣駐車場 ☐ あり ☐ なし