

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	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					〒	-	
患者氏名			男・女	住 所			
生 年 月 日	明・大・昭・平	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・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(1～4以外)						
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) ●感染症の有無 : なし・あり() ●通院困難な理由 : ●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