

# 訪問歯科診療申込書

お申し込み日： 年 月 日 時

|                                     |                                |   |               |         |       |       |
|-------------------------------------|--------------------------------|---|---------------|---------|-------|-------|
| 患者様氏名                               |                                |   |               |         | 性別    | 男・女   |
| 生年月日                                | 大正・昭和・平成・令和                    |   |               |         | 年 月 日 | 歳     |
| ご住所(訪問先住所)                          |                                |   |               |         |       |       |
| 同居者                                 | 独居・同居(配偶者)・同居(子ども)・その他( )      |   |               |         |       |       |
| 電話番号                                | -                              |   |               |         | 介護保険  | 有・無   |
| 病気の経歴                               | 有・無                            | 心臓病・肝炎(感染型・非感染型)・糖尿病・高血圧・腎臓・パーキンソン<br>脳卒中(脳梗塞・くも膜下出血など)・心筋梗塞・HIV・その他( ) |               |         |       |       |
| キーパーソン                              | ご氏名( )                         |   | ご連絡先TEL( )    |         |       |       |
| ご都合の悪い日                             | 月曜日                            | 火曜日   | 水曜日           | 木曜日     | 金曜日   | 土曜日   |
| 〃 時間                                | 午前・午後                          | 午前・午後   | 午前・午後         | 午前・午後   | 午前・午後 | 午前・午後 |
| 〃 理由                                |                                |   |               |         |       |       |
| かかりつけ歯科医                            | (歯科医院名)                        |   |               | 最近受診した日 | 年 月 日 |       |
| 主治医                                 | (病院・医院名)                       |   |               | 電話      |       |       |
|                                     | (担当医師名)                        |   |               | FAX     |       |       |
| お問合わせ頂いた<br>きっかけとなるお悩み              | 入れ歯 歯痛 歯槽膿漏 抜歯 口腔ケア<br>その他 ( ) |   |               |         |       |       |
| 備考欄                                 |                                |   |               |         |       |       |
| 要介護度                                | 要支援 1・2                        |   | 要介護 1・2・3・4・5 |         |       |       |
| 認知症自立度                              | 自立・I・IIa・IIb・III・IV・M          |   |               |         |       |       |
| 生活自立度                               | 自立・J・A・B・C                     |   |               |         |       |       |
| 担当ケアマネジャー                           | 事業所名 ( )                       |   |               |         |       |       |
|                                     | ご氏名 ( ) 様                      |   |               |         |       |       |
|                                     | TEL:                           |   |               | FAX:    |       |       |
| 御依頼者名                               | 事業所名 ( ) / 紹介者名 ( ) 様          |   |               |         |       |       |
| 在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所・訪問介護・訪問看護St・病院 |                                |   |               |         |       |       |

お手数ではございますが、**分かる範囲で結構**ですので、  
上記項目にご記入のうえ、下記までFAXにてご送信お願いいたします。

## 播磨歯科医師会 在宅歯科医療推進センター

〒675-0065 加古川市加古川町篠原町103-3 ウェルネージかこがわ5階

**FAX(24時間): 079-421-8008**

(この用紙のままお送りください)

TEL(平日 午前10時~12時 午後1時~4時まで対応): 079-421-8100