

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 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()												
ご都合の悪い曜日	月曜日		火曜日		水曜日		木曜日		金曜日		土曜日		
〃 時間帯	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	
※ご都合の悪い時間帯に ×を付けてください													
〃 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 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 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