

# 歯科訪問診療・口腔ケア申込書



## FAX : 045-989-3288

必要事項をご記入の上、上記FAX番号までお送りください。

当てはまる項目に✓または○印をつけてください。御記載はわかる範囲で結構です。

【申込日】平成 年 月 日

申込者氏名	所属事業所等 様 ( )		
患者さんとの関係	<input type="checkbox"/> 家族 ( )	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> その他 ( )
電話番号		FAX番号	

利用者(患者) 氏名	ふりがな 様	男・女
生年月日	明・大・昭 年 月 日	満 歳
住所	〒 横浜市	
電話番号		
主訴	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない・こわれた <input type="checkbox"/> 噛みにくい <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> その他 ( )	

当てはまる項目に✓印をつけてください。

**介護認定**  非該当  要支援1  要支援2  要介護1  要介護2  要介護3  要介護4  要介護5  申請中

**生活保護**  有  無 **医療保険**  有  無 **障害者手帳**  有  無

**かかりつけ歯科医**  有  無 **かかりつけ主治医**  有  無

医院・医師名

電話番号

医院・医師名

電話番号

患者さんはどんな状態(環境)ですか？

寝たきり  寝たきり起きたり(15分くらい座っていることができる)  自力で移動出来る  移動に介助が必要

訪問診療希望時を教えてください

(希望日に○、ダメな日に×)

ご自宅の駐車スペース

有  無

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

ご不明の事がありましたら ☎070-1540-6296までお問合せください。

青葉区在宅歯科医療地域連携室