

在宅要介護者



訪問歯科健診

申込書

FAX : 050-3488-6764

【申込日】 令和 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 | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 | | |
| | <input type="checkbox"/> 内科等の定期的な訪問診療を受けている | | |
| 生活保護 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 医療保険 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| かかりつけ歯科医 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 歯科診療所・歯科医師名 | 電話番号 | かかりつけ主治医 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | | 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 寝たり起きたり(15分くらい座っていることが出来る) 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 | | | | | | | |

在宅要介護者「訪問歯科健診」は、下記3つの要件を満たす方が対象です。

- ①横浜市内在住で、歯科健診に行く事の出来ない75歳以上の方。
- ②要介護3以上、あるいは 要支援1・2 要介護1・2の方で内科等の定期的な訪問診療を受けている方。
- ③現在、医療保険や介護保険による歯科治療・管理等を受けていない方。

お問合せ: 050-3488-6764 ※お問合せ内容をご伝言下さい。折返しお電話させていただきます。

青葉区歯科医師会 青葉区在宅歯科医療地域連携室

