

==== 歯科訪問診療申込書 =====

申込日：令和 年 月 日 (No.)

(フリガナ)											
患 者 名									様	☐ 男	☐ 女
生年月日	☐ 明治	☐ 大正	☐ 昭和	☐ 平成	年	月	日			才	
訪問先住所											
電話番号		-		-		☐ 自宅	☐ 施設	☐ 病院	☐ その他 (	)	
かかりつけ 歯科医院	☐ あり 歯科医院名→ () ☐ なし										
かかりつけ 内科医院	☐ あり 医院名→ () ☐ なし										
依頼内容	☐ 歯が痛い ☐ 歯が折れた ☐ 歯茎の痛み・腫れ ☐ 詰め物が取れた ☐ 入れ歯が合わない ☐ 入れ歯が壊れた ☐ 口腔ケア ☐ その他 ()										
口腔ケア について	今後、継続した口腔ケアを希望しますか？（お口の清掃や食べる機能のリハビリを含んだケア） ☐ はい ☐ いいえ ☐ わからない										
訪問希望 日 時	曜日		時頃		曜日		時頃		駐車スペース ☐ あり ☐ なし		
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										
全身疾患	☐ 心疾患 ☐ 脳血管疾患 ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 骨粗しょう症 ☐ リウマチ ☐ パーキンソン病 ☐ その他 ()										
特記事項	例) 服薬・食形態・ADL等 _____ _____ _____										

※お申込者様へ折り返しご連絡を入れます。

(フリガナ)											
申込者名									様	☐ 家族（続柄：)	☐ 訪問看護師
電話番号		-		-		☐ 自宅	☐ 勤務先	☐ 介護職員	☐ 介護支援専門員	☐ その他 ()	

《歯科医師・歯科衛生士 記載欄》

所 見 そ の 他										
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

《個人情報の保護について》 この申込書に含まれる個人情報は、患者や家族の承諾がない限り 目的外利用されることはありません。

FAX 0952-22-7586 ✉ sda@ia7.itkeeper.ne.jp

佐賀県歯科医師会 在宅歯科医療推進連携室 (TEL0952-25-2291)