

様式I

歯科訪問診療・口腔ケア申込書



FAX.0120-458-557

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。わかる所だけ記載ください。

【申込日】平成 年 月 日 ID:()

申込者氏名				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	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"/> 咬みにくい <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 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 申請中

生活保護指定 有 無 **医療保険** 有 無 **障害者手帳** 有 無

かかりつけの歯科医院 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

訪問診療希望日時を教えてください (希望日に○、ダメな日に×)

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

ご自宅の駐車スペース

有 無

ご不明な点は ☎ 0120-814-594 までお問い合わせください。

横浜市歯科医師会 歯科医療連携室