

## 訪問歯科診療申込書

【申込日】令和 年 月 日

申込者氏名			
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	

受診希望者 (患者)氏名	ふりがな	男性・女性

生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( )歳
------	------------------

住 所	〒 横浜市 磯子区
-----	--------------

電話番号	
------	--

主 訴	<input type="checkbox"/> 歯/歯肉 (痛い・腫れた) <input type="checkbox"/> 入れ歯 (合わない・壊れた) <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	治療に関して	患者さんの希望: _____ ご家族の希望: _____

介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	要介護( )	要支援( )
------	---	--------	--------

・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	・現在服薬中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
・かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・かかりつけ主治医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
歯科医院・担当歯科医師名		病院/医院・担当医師名	

患者さんの状態(日常生活)	<input type="checkbox"/> 食事保護必要
<input type="checkbox"/> 寝たきり	<input type="checkbox"/> 寝たり起きたり
<input type="checkbox"/> 自力で移動できる	<input type="checkbox"/> 移動に介助が必要

訪問診療希望曜日	駐車スペース	近隣に有料駐車場																								
<table border="1"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	土	日	午前								午後								<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	月	火	水	木	金	土	日																			
午前																										
午後																										
備考欄																										

問合せ/申込先 磯子区在宅歯科医療連携室

TEL 080-8720-5526 FAX 045-370-8080

e-mail:isogorenkei@gmail.com