

つるつるお口の相談室 歯科訪問診療申込書

FAX: 0120-985-966

必要事項をご記入の上、上記FAX番号までご送信ください

歯科の訪問診療は常時寝たきりの状態またはこれに準ずる状態であって、居宅または社会福祉施設などにおいて療養を行っており、疾病・傷病のために通院による歯科医療が困難な方が対象です。

※ご提供いただいた情報は個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し厳密に保管管理いたします。

申込日: 西暦	年	月	日	No.
お申込者氏名	様			
患者様のご関係	<input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他()			
お電話	()	FAX番号	()	

患者様 氏名	ふりがな	男・女
	様 (才)	
ご住所		
お電話	ご自宅 ()	携帯 ()
主介護者	お名前	お電話 ()

あてはまる口に✓印をお願い致します。

主訴	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない、壊れた <input type="checkbox"/> 咬みにくい、咬めない <input type="checkbox"/> 飲みこみづらい <input type="checkbox"/> その他()							
介護保険認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <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"/> 申請中							
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保							
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
訪問希望日時	※あてはまる欄に○をお願い致します。							
	曜日	月	火	水	木	金	土	日
	午前							
午後								

かかりつけ歯科医院	医院名: _____	医師名: _____	TEL: _____
-----------	------------	------------	------------

かかりつけ医師	医院名: _____	医師名: _____	TEL: _____
---------	------------	------------	------------

患者様はどのような状態ですか？	<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
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ご自宅の駐車スペース:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	近隣駐車場:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
-------------	-------------------------------------------------------	--------	-------------------------------------------------------

備考:	
-----	--