訪問歯科診療申込書

（患者さんへ）訪問歯科診療を受けられる方は、太枠内の必要事項をご記入ください

申し込み日：平成　　年　　月　　日

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大正・昭和・平成：　　年　　月　　日生
訪問先住所	（〒　　－　　）（☎：　　－　　－　　）		
ふりがな		患者との続柄	依頼者連絡先
依頼者氏名			☎：　　－　　－
かかりつけ歯科医院	□あり（名称：　　） □なし		
通院できない理由（病名）			
症状	□歯が痛い　□歯が折れた　□歯ぐきが腫れている・痛い □入れ歯があわない　□入れ歯をつくりたい　□つめもの等がとれた □その他（　　）		
訪問希望日時その他			

・・・・・・・・・・・・・以下はわかる範囲でご記入ください・・・・・・・・・・・・・・・

○かかりつけ医院・病院　□あり（名称：　　） □なし

○現在かかっている病気　（　　）

○これまでかかった大きな病気　（　　）

○服用中の薬　□血液をさらさらにする薬（　　）
□骨粗しょう症の薬（　　）
□その他（　　）

○要介護認定　□認定あり（　要支援１・２　要介護１・２・３・４・５　）　□認定なし
［担当ケアマネージャー氏名と連絡先：　　］

○食事形態　□普通食　□介護食（常食・軟菜食・刻み食・ミキサー食・流動食・ゼリー等）
□非経口（胃ろう・経鼻・静脈栄養・その他〈　　〉）

○意思の疎通　□良好　□やや不良　□不良

○起き上がり　□良好　□やや不良　□不良

○くちをあける　□良好　□やや不良　□不良

○うがい　□良好　□やや不良　□不良

送付先：名古屋市中区歯科医師会　訪問歯科診療申込窓口にファクシミリでお送りください

※訪問歯科診療申込窓口　藤井歯科医院ＦＡＸ（０５２）265−6583　（2019年6月まで）