

(一社) 湖東歯科医師会 在宅歯科医療連携室行き

FAX:0748-20-2802

または mail: kotoushikaishikaihoumonn@gmail.com

歯科訪問診療申込書 [様式2]

申込み日	令和 年 月 日	申込み者氏名	
受診希望者との続柄	家族・親戚・ケアマネージャー・訪問看護師 訪問ヘルパー・施設職員・その他		
受診希望者	フリガナ 名前	男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 ( 才)
	住所	〒 - 電話番号	
	介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 寝たきり・ほぼ寝たきり・イスに座れる・意思疎通が難しい	
①どこが、どんなふうにお困りですか？ <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> その他 具体的にわかればご記入ください  { }			
②治療を急いでおられますか？ 急ぐ (3日以内・1週間以内)・急がない・わからない			
③かかりつけ歯科医院がありますか？ ある ( 歯科)・ない・わからない			
④かかりつけ医はどちらですか？ 医院名：			
⑤ケアマネージャーはどちらですか？ 氏名： 事業所名：			
⑥主な病名がわかれば教えてください 脳卒中後遺症・心疾患・パーキンソン病・認知症・高血圧・糖尿病 がん・COPD・廃用症候群・骨関節系疾患・その他 ( )			

<取り扱い注意>