

湖東歯科医師会 口腔機能管理支援センター
歯科訪問診療申込書

| | | | | | |
|-----------------------------------|----------------|---|----------------|----------------------|--|
| 申 込 日 | | 年 | 月 | 日 | |
| フリガナ 申込者氏名： | | 家族・親戚・ケアマネジャー 訪問看護師・訪問ヘルパー 施設職員 その他() | | | |
| 連絡先 TEL： FAX： | | | | | |
| 受 診 希 望 者 情 報 | フリガナ 氏 名 | 男 ・ 女 | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 日(歳) | |
| | 住 所 | 〒 | — | 駐車スペース 有 ・ 無 ・ 不明 | |
| | TEL： | | | | |
| | 要介護度：1・2・3・4・5 | | 認知症：有 ・ 無 ・ 不明 | | |
| 意思疎通が難しい ・ 寝たきり ・ ほぼ寝たきり ・ イスに座れる | | | | | |
| ① 主訴 | | 歯 ・ 歯ぐき ・ 入れ歯 ・ 飲み込み ・ 口腔ケア その他 具体的にわかればご記入ください () | | | |
| ② 治療の緊急度 | | 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 歯科医について | | 有 (歯科) 受診歴： _____ 年前 無 ・ 不明 _____ 年 _____ 月頃 | | | |
| ④ 主治医について | | 医院名： 連絡先 TEL： | | | |
| ⑤ ケアマネジャー について | | 事業所名： 氏 名： 連絡先 TEL： FAX： | | | |
| ⑥ 主な病名 | | 脳卒中後遺症・心疾患・パーキンソン病・高血圧 糖尿病・がん・COPD・廃用症候群・骨関節系疾患 その他 () | | | |

《取扱い注意》

(一社)湖東歯科医師会 口腔機能管理支援センター

FAX : 0748-24-0007

お申込を受理後、担当者よりご連絡させていただきます。1週間を過ぎても連絡のない場合は(080)8501-4356までお電話ください。