

※必要事項をご記入・ご入力の上、上記番号へ送信又はご連絡ください

訪問歯科診療申込書

【申込日】令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者氏名	様	本人との関係	連絡先
-------	---	--------	-----

当てはまる項目に✓印をつけてください。

受診希望者	ふりがな _____ 様		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 満 _____ 歳		
訪問先住所	住所 _____		
電話番号 <small>確実に連絡可能な番号</small>	自宅 _____		
	携帯電話/他 _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他 (_____)		
同居者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (続柄 _____)	訪問時立会い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (続柄 _____)
主 訴	<input type="checkbox"/> 入れ歯 (<input type="checkbox"/> ゆるい <input type="checkbox"/> 壊れた) <input type="checkbox"/> 歯/歯ぐき (<input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 痛い) <input type="checkbox"/> 詰め物 (<input type="checkbox"/> 取れた <input type="checkbox"/> 欠けた) <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
病 歴	<input type="checkbox"/> 肺疾患 (_____) <input type="checkbox"/> 心疾患 (_____) <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 (_____) <input type="checkbox"/> 肺炎・誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
日常生活	<input type="checkbox"/> 自力で移動可能 <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要 <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 寝たきり		
介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 申請中		
生活保護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (等級 _____)
ケアマネジャー	事業者名 _____		電話番号 _____
	担当者名 _____		携帯電話 _____
かかりつけ 医師	<input type="checkbox"/> あり → 病院名 _____	電話番号 _____	
	<input type="checkbox"/> なし 主治医 _____ 先生		
かかりつけ 歯科医師	<input type="checkbox"/> あり → 歯科 病院名 _____	電話番号 _____	
	<input type="checkbox"/> なし 主治医 _____ 先生		
キーパーソン	氏名 _____ 様	関係 _____	
訪問診療 希望曜日 希望時間	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土		🅑 駐車スペース
	午前 { _____ 時 _____ 分頃 ~ _____ 時 _____ 分頃 } 午後 { _____ 時 _____ 分頃 ~ _____ 時 _____ 分頃 } <input type="checkbox"/> その他 { _____ }		
備考欄	_____		
※連携室使用欄	No. _____	担当歯科医師 _____	

問い合わせ/申込み先 青葉区在宅歯科医療地域連携室 e-mail : aoba.shika.renkei@gmail.com

TEL/FAX 050-3488-6764 平日10時~17時 ※24時間伝言メッセージ対応