

訪問歯科診療申込書

一般社団法人鶴岡地区歯科医師会 宛

申込日：令和 年 月 日

申込者氏名	(本人との関係：)
	連絡先：() ー

次のように訪問歯科診療を申込みます

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男・女	<input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 () 歳
訪問先住所	電話番号：() ー 駐車スペース： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
主病名			
かかりつけ 医院・病院	<input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 訪問診療を受けている <input type="checkbox"/> 通院している <input type="checkbox"/> なし 医療機関名： 医師氏名： 医療機関の TEL： FAX：		
かかりつけ 歯科医院	<input type="checkbox"/> あり 歯科医院名 <input type="checkbox"/> なし	歯科に通院できない理由	

【注】医療保険の規定で、医科へ通院している場合は歯科の訪問診療が認められない場合があります。

症状・希望する治療	<input type="checkbox"/> 歯・歯ぐき <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> その他 具体的に
キーパーソンの情報 ※日程調整など歯科医院 からの連絡に対応できる方	氏名： 連絡先：() ー 本人との関係：()
要介護認定	<input type="checkbox"/> あり (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> なし (申請中・未申請・不明)
担当ケアマネの情報 ※利用がある場合	事業所名： 担当者名： 電話番号：() ー FAX 番号：() ー

..... 以下はわかる範囲でお答えください

- | | | | |
|--------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| ◆服薬中の薬 | <input type="checkbox"/> 血液をサラサラにする薬 | <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症の薬 | <input type="checkbox"/> 不明 |
| ◆意思の疎通 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> やや不良 | <input type="checkbox"/> 不良 |
| ◆起き上がり | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> やや不良 | <input type="checkbox"/> 不良 |
| ◆口をあける | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> やや不良 | <input type="checkbox"/> 不良 |

申込窓口 鶴岡地区医師会 地域連携室ほたる

TEL 0235-29-3021 FAX 0235-29-3022

※申込書の記載が困難な場合は、お電話での申込みも可能です。