

# 訪問歯科診療申込書

FAX:045-534-6884

記入日：令和 年 月 日 ID:

受診希望者	フリガナ 様	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭 年 月 日	歳
住所（訪問先）		
電話番号		
主訴	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない・こわれた <input type="checkbox"/> かみにくい <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> その他	

介護認定 非該当 要支援（ ） 要介護（ ）  
生活保護指定 有 無 医療保険 国保 社保 後期高齢者  
既往歴 脳血管疾患 心筋梗塞 糖尿病 肝炎  
認知症（なし 軽度 重度）

申込者 様	担当ケアマネージャー 様
患者さんとの関係	連絡先

かかりつけ歯科医院 有 無 主治医 有 無

歯科医院名 ☎ 医院名 ☎

かかりつけ歯科医院 希望 どちらでもよい

患者さんの状態 寝たきり 寝たり起きたり 自力で移動ができる 移動に介助が必要

	〒	区	nF	kHz	番	映	㊟
〒							
〒							

訪問希望日○をつけてください

ご自宅の駐車スペース  
有 無

*主となる連絡先
----------

西区在宅歯科医療相談室  
ご不明な点がございましたら 080-3696-2676