

訪問歯科診療 申し込み用紙

令和 年 月 日

患者氏名： _____ (男 ・ 女)

住所： _____

TEL： _____ FAX： _____

申込者氏名： _____ 連絡先： _____

患者との関係： _____

訪問診療を希望する理由 (お口の中で困っていること)	
通院が困難な理由 発病年月日： 年 月頃	
現在治療中の疾病	
かかりつけの内科医 無 ・ 有 (_____ 医院 TEL _____)	
かかりつけの歯科医 無 ・ 有 (_____ 歯科医院 TEL _____)	
担当ケアマネージャー：お名前： 事業所名： TEL： _____ FAX： _____	
身体の状態：座位 (椅子 ・ ベッド ・ ふとん) 臥床 (ベッド ・ ふとん) 歩行 (全介助 ・ 部分介助 ・ 自立) 移乗 (全介助 ・ 部分介助 ・ 自立) 座位保持 (全介助 ・ 部分介助 ・ 自立) 食事 (全介助 ・ 部分介助 ・ 自立) 意思疎通 (可 ・ 不可 ・ 困難) 食形態 (常食 ・ 介護食 ・ 非経口)	
保険の種類： 社保 ・ 国保 ・ 老人	
要介護度： 自立 ・ 要支援 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	

北四番丁神田歯科
TEL：022-796-4331 FAX：022-796-4332