

記入日: _____年____月____日

歯科訪問診療申込書

申し込むかたのお名前 _____様
 続柄 _____ 連絡先電話番号 _____

●訪問診療を受けるかたについて

お名前					(カナ)	男・女
生年月日	年	月	日	(歳)		
ご住所					駐車スペース 無・有 → 場所:	
電話番号(自宅)			FAX番号			
電話番号(その他)						
健康保険証	国保・後期・社保・生保※・その他()				負担割合(割)	
身体障害者手帳	無・有 等級:		医療券	無・有 名称:		
介護保険証	無・有・申請中				介護負担割合(割)	
要介護状態区分	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5			
訪問診療を希望する理由 (お口の中で困っていること)	1. 歯が痛い 2. 入れ歯が壊れた、合わない 3. 新しく入れ歯を作りたい 4. 口腔ケア 5. その他※()					
通院が困難な理由	きっかけとなった病気:() 現在の状態: 1. 寝たきり 2. 通院困難 3. 単独歩行不能 4. 通院不能 5. 単独外出不能 6. 主治医より外出許可おらず					
現在治療中の疾病	(発病年月日: 年 月頃)					
服薬	無・有 薬の名称:					
かかりつけ医院	無・有 医院名: (TEL.)					
担当ケアマネジャー	無・有 事業所名: (TEL.)					
	担当者名:					
受けている訪問サービス	訪問看護・デイサービス・訪問入浴・ヘルパー・訪問リハビリ その他()					
	月	火	水	木	金	土
午前						
午後						
身体の状況	座位(椅子・ベッド・布団)		臥床(ベッド・布団)		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)			
家族構成	氏名	続柄	年齢	同居の有無	主な介護者にマル	
				無・有		
				無・有		
				無・有		
緊急連絡先:				<input type="checkbox"/> 同意: 適切な訪問診療のため当院は必要に応じてケアマネ、かかりつけ医等と情報連携します		
伝えておきたいこと:						

返信 FAX 送付先 03 - 6704 - 5010

優歯科クリニック

口腔健康管理センターYouCARE

訪問診療に関するお問い合わせ: 042-465-4618 (優歯科クリニック 金井)
 ※ 当院で対応できないケースと判断した場合など、やむを得ずお断りさせていただく場合がございます
 2021.6