訪問歯科診療・口腔ケア申込書

申込者の氏名		患者様との続柄	

患者様情報	フリガナ 氏名		年齢	
	電話番号			
	住所	駐車場(有 ・ 無)		
歯科的主訴	1. 歯が痛い	2. 歯が動く	3. 歯茎の腫れ	
	4. 口腔ケア希望	5. 義歯を作りたい	6. 義歯が合わない	
	7. 虫歯の治療希望	8. その他(　　)		
現在の身体状況	寝たきり ・ 車椅子 ・ つえ歩行 ・ 長時間の歩行不可 ・ 自立歩行			
全身の状態 （現病歴） （内服薬）	※スペースが足りない場合は別紙にご記入ください。			
介護保険の有無 ／要介護度	要介護(　　) 、 要支援(　　) 、 自立			

ケアマネ情報	事業所名			
	氏名		事業所の 電話番号	

主治医情報	医院名			
	氏名		電話番号	
	往診 or 通院	※通院の場合、団体へ確認済ですか？　はい ／ いいえ		

※通院されている病院がある場合、歯科の訪問診療が認められないことがあります。(往診してもらっているのであれば問題ありません)
患者様が加入されている国保・社保の団体に、歯科の往診を認めてもらえるか問い合わせください。

初回の訪問日について	患者様と決めて良い ／ ケアマネを通して決めて欲しい

【チェック項目】
- □ 歯科による訪問歯科診療の受診を希望します。
- □ 第三者(ご家族、ケアマネージャー、施設担当者等)に訪問歯科診療に関する診療内容の情報提供することを認めます。

※お手数ではございますが、下記連絡先までFAXもしくはお電話ください。

療法人睦和会　ひろ歯科クリニック
〒447-0061　愛知県碧南市三度山町4-5-1
TEL／FAX　0566-41-8890