

# 歯科訪問診療申込書

受付 No. \_\_\_\_\_

大正区歯科医師会在宅寝たきり高齢者訪問歯科診療を受診したいので申し込みます。

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

患者氏名・性別\_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日・年齢 明・大・昭\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 (\_\_\_\_\_歳)

住所 大阪市\_\_\_\_\_区\_\_\_\_\_丁目\_\_\_\_\_番\_\_\_\_\_号

(\_\_\_\_\_棟\_\_\_\_\_号室)

電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

申込み者氏名

患者との関係 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

訪問診療を希望する理由 (お口の中で困っている事)
寝たきりになった原因 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 ( _____ ) 電話番号 ( _____ ) FAX 番号( _____ )
身体の状況； 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) 意志疎通 (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 ・ 生保 ( 本人・家族 )
要 介 護 度 ； 自立 ・ 要支援 ・ 要介護 1・2・3・4・5

お申し出・問い合わせは

## 大正区歯科医師会

会長 中山歯科医院まで TEL・FAX 06-6553-0028  
または、各歯科医院にてお問い合わせ下さい。

