

# 訪問歯科診療申込書【在宅】

★申込者

年 月 日

申込者氏名 Tel ( ) - Fax ( ) -	依頼人との関係
------------------------------	---------

依頼人情報

ふりがな 氏名 (男・女) ※主たる介護者の氏名
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 (満 歳) 要介護
住所 〒 - 電話 ( )
※連絡の取れる連絡先 (電話番号) を書いてください。 同居者 (いる・いない)

歯科医院情報

※ (かかりつけ・以前通った) 歯科医院あり ・ 指定なし

各務原市・ 市 \_\_\_\_\_ 歯科医院

【依頼理由】 該当するものに  印をつけてください。(複数回答可)

- |                                   |                                   |                                    |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い     | <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた  | <input type="checkbox"/> ものが良くかめない | <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた | <input type="checkbox"/> 歯が抜けた    | <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい  | <input type="checkbox"/> 歯がとれた    |
| <input type="checkbox"/> 口臭が気になる  | <input type="checkbox"/> 飲み込みづらい  | <input type="checkbox"/> 口が渇く      | <input type="checkbox"/> 口腔ケア希望   |
| <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい | <input type="checkbox"/> 舌痛・舌のよごれ | <input type="checkbox"/> その他( )    |                                   |

いつからですか \_\_\_\_\_ 日・週・月前ぐらいから \_\_\_\_\_

※ 治療について急を要しますか? ( はい ・ いいえ )

《依頼人情報》 該当するものに○で囲んでください。

脳血管障害 (脳梗塞・脳出血、その他 ) 心臓 (心筋梗塞・狭心症、その他 )

高血圧 糖尿病 慢性関節リュウマチ パーキンソン病 腎疾患 ( )

アレルギー ( )

肝臓疾患 (B型・A型・C型・慢性肝炎・肝硬変、その他 )

骨そしょう症 (なし・投薬あり 薬名 [ ] )

感染症 ( )

上記以外の病名 [ ]

上記以外の内服薬なし・あり [ ]

医療・介護連携情報

※内科、その他 医療機関の主治医 \_\_\_\_\_ (電話)

※ケアマネージャー \_\_\_\_\_ (電話)

問合せ・申込先 TEL 058-371-3201(平日 13時~16時)・FAX 058-371-3104

各務原市在宅歯科医療・介護連携支援室「歯びねす」

※連絡を取りたい方は、その旨をご記入下さい。こちらから連絡させていただきます。