

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)

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