訪 問 歯 科 診 療 申 込 書

揖斐郡地域在宅歯科医療連携室　御中　　申込日：　　年　　月　　日

フリガナ 氏　名	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年　月　日（　歳）
住　所		TEL　（　）	
往診先	□居　宅　□病　院・施　設　等（　）		
	住　所	TEL　（　）　駐車スペース（有・無）	
通院困難の主たる原因疾患	・脳血管疾患　・心疾患　・神経系疾患　・認知症 ・その他（　）		
その他の疾患	・高血圧　・糖尿病　・肝臓疾患　・腎疾患　・骨粗しょう症 ・その他（　）		
主治医名	氏名　（　病院　科）	TEL　（　）	
	氏名　（　医院）	TEL　（　）	
担当ケアマネジャー名：		TEL　（　）	
居宅介護支援事業所名：		TEL　（　）	
かかりつけ歯科医　（ 有 ・ 無 ）歯科医師名			
介護認定	有（介護度：　） 無	訪問時立会予定者	家族　（続柄　） その他介護者（　）
どうなさいましたか （主　訴）	□入れ歯が合わない　□入れ歯が壊れた　□新しい入れ歯を作りたい □歯が痛い　□歯ぐきがはれている □その他（　）		

利用者の状況

服薬の有無　1）無　2）有（薬品名：　□別紙参照）
寝たきり度　1）寝たきり　2）準寝たきり　3）その他（　）
感染症の有無　1）有（　）　2）無
食事形態　1）普通食　2）ミキサー食　3）その他（　）
義歯装着　1）有　2）無
口腔清掃　1）毎日　2）時々　3）してない
うがい　1）できる　2）できない

その他 連絡事項等	

※　上記項目で不明な箇所については空欄のままで提出ください。

揖斐郡地域在宅歯科医療連携室
揖斐郡大野町黒野 80-6　ほさか歯科内
TEL 090-2772-8020
FAX 0585-34-3755

担当者　保坂松治

申込者氏名　　㊞

本人との続柄

TEL　（　）