

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：)		訪問時立会予定者	家族 (続柄)
	無			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 _____ ⑩

本人との続柄 _____

TEL () _____