

# 訪問歯科診療 申込書

依頼日 年 月 日

|          |                                                                                                  |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申込者氏名    |                                                                                                  |
| 電話番号     |                                                                                                  |
| 連絡の取れる時間 | 午前 午後 その他( 時～ 時まで)                                                                               |
| 患者との関係   | <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー<br><input type="checkbox"/> その他( ) |

|                |                                                                                           |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| (ふりがな)<br>患者氏名 | (男・女)                                                                                     |
| 生年月日           | 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 ( 歳)                                                                    |
| 患者住所           | 〒                                                                                         |
| 患者連絡先          | (電話) (FAX)                                                                                |
| 身体の状態          | <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他( )                             |
| 意思疎通・理解度       | <input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> やや出来る <input type="checkbox"/> 出来ない |
| 介護度            | 要支援 1. 2                      要介護 1. 2. 3. 4. 5.                                          |
| かかりつけ歯科医院      |                                                                                           |
| 主訴(困っていること)    |                                                                                           |
|                |                                                                                           |
|                |                                                                                           |
|                |                                                                                           |
|                |                                                                                           |
|                |                                                                                           |

問い合わせ・申込み先 大垣地域在宅歯科医療連携室

〒503-0827 大垣市恵比寿町南7丁目1-14 大垣歯科医師会館内

電話 0584-81-6540

FAX 0584-81-8989

受付日( / )                      連絡日( / )                      ※担当歯科医師( )