

歯科訪問診療申込書【在宅】

◆申込者	記入日	年	月	日
氏名	電話番号			
		依頼人との関係		

◆依頼人（患者）情報

ふりがな 氏名	(男・女)	主たる介護者の氏名（患者との関係）	()
生年月日（明・大・昭・平）	年	月	日生 満 歳
住所 〒	-	同居者	(いる・いない)
連絡のとれる電話番号			
主な疾患（病歴など）			
.....			
介護認定	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	認定なし 申請中
保険関係	生保	重度 級	その他 ()

◆歯科情報

かかりつけ（以前通った）歯科医院	あり・なし	
岐阜市・以外	歯科医院（最終受診 年 月ごろ）	
依頼理由 ※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> ものがよくかめない
<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない	<input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた	<input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい
<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)		

◆医療・介護連携情報

ケアマネジャー	☎
地域包括	☎
かかりつけ医（歯科以外）	☎
訪問看護ステーション	☎
その他	

【問合せ・申込先】 電話 058-264-0748 FAX 058-265-6474
岐阜市在宅歯科医療・地域連携支援センター

受付日 (/) 連絡日 (/) 衛生士訪問日時 (/) 依頼日・依頼先 (/)
AM・PM : Dr. _____