

歯科訪問診療申込書【施設】

◆申込者 記入日 年 月 日

施設名	発信者名
住所 〒 -	役職または職種
電話番号	

◆依頼人（患者）情報

ふりがな 氏名 （男・女）	主たる担当者の氏名
生年月日（明・大・昭・平） 年 月 日生 満 歳	
主な疾患（病歴など） 【入所日： 年 月 日 】	
.....	
.....	
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）															
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 歯が痛い</td> <td><input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた</td> <td><input type="checkbox"/> ものがよくかめない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない</td> <td><input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた</td> <td><input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 口臭が気になる</td> <td><input type="checkbox"/> 飲み込みづらい</td> <td><input type="checkbox"/> 口が渴く</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 口腔ケア希望</td> <td><input type="checkbox"/> 検診をしてほしい</td> <td><input type="checkbox"/> 舌痛・舌のよごれ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他</td> <td colspan="2">.....</td> </tr> </table>	<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"/> 口が渴く	<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	
<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"/> 口が渴く													
<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）	☎
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. _____