

訪問歯科診療申込書

年 月 日

ふりがな			明治 大正 昭和	
患者氏名	男・女	生年月日		年 月 日 (歳)
患者住所				TEL ()
申請者住所				
申請者氏名	男・女	続柄		TEL ()
連絡先氏名	所属			TEL ()
歯科医院からの連絡先	患者へ直接 ・ 申請者へ ・ 連絡先へ ・ その他()			
保険の種類	後期高齢者 ・ 国保 ・ 社保 ・ 生保 ・ その他()			
介護保険の認定	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5			
自宅療養となった主原因	脳血管疾患 ・ 心疾患 ・ 骨折 ・ 糖尿病 ・ リウマチ ・ 認知症 ・ その他()			
医科主治医	医院名:		通院 ・ 往診 ・ 投薬()	
	住所		TEL ()	
かかりつけ歯科医	歯科医院名:	() 町	年 月頃受診	
口腔内の状態	総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ 自歯			
主 訴	痛み(歯 ・ 歯茎 ・ 入れ歯 ・ その他) ・ その他()			
座位姿勢	殆ど座位をとれない ・ 手助けがあれば短時間可能 ・ 自力で可能			
コミュニケーション	会話理解不可能 ・ 断片的には理解可能 ・ 日常的なことは理解可能 ・ 特に問題なし			
介護状態	寝たきり ・ ベッド廻りのことは自立 ・ つかまり立ちできる ・ 室内歩行可能			
訪問診療希望日時	希望曜日:	希望時間:	(その他:	

上記にご記入の上、福山市歯科医師会 (FAX084-941-4190) へお申し込み下さい。

【福山市歯科医師会 使用欄】

受付	年 月 日 ()	受付番号	
担当者			
かかりつけ歯科医		照会結果	
近隣1		照会結果	
近隣2		照会結果	
結果			

申込先 (FAX084-941-4190)