

歯科訪問診療申込書

西暦 年 月 日 福山市歯科医師会 申込先 (FAX:084-941-4190)

ふりがな				大正・昭和・平成・西暦	
患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)		
患者住所				TEL	()
申請者氏名	男・女	続柄	TEL ()		
申請者住所	同居・()				
訪問先	自宅 駐車場 (有・無)				
	施設・病院 (名称:)			TEL ()	
	担当部署:			担当者:	
歯科医院からの連絡先	患者へ直接・申請者へ・施設・病院へ・その他 ()				
主 訴	歯が(痛い・動く・欠けた・とれた・むし歯)・歯茎が(痛い・腫れた・出血する) 入れ歯が(痛い・合わない・壊れた・作りたい) 口腔ケア・嚥下評価・()				
保険の種類	後期高齢・国保・社保・生保・その他 ()				
介護保険の認定	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 / 申請中				
ケアマネジャー	氏名:	事業所:		TEL ()	
自宅療養となった主原因	脳血管疾患・認知症・心疾患・骨折・老衰・がん・()				
その他既往症	高血圧症・不整脈・糖尿病・骨粗鬆症・腎疾患(透析)・()				
服用薬	お薬手帳 (有・無) 骨吸収抑制薬(骨粗鬆症の薬)・抗血栓薬(血液サラサラ)・免疫抑制剤・ステロイド・抗がん剤				
医科主治医	医院名:		通院・往診	担当医:	
	住所:			TEL ()	
かかりつけ歯科医	歯科医院名:	() 町		年 月頃受診・不明	
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				
座位保持	できない・支えが必要・自分で支えれば可能・できる			麻痺	無・有()
介護状態	寝たきり・ベッド廻りは自立・つかまり立ち・室内歩行可能			車いす移乗	全介助・一部介助・自立
訪問診療希望日時	希望曜日:	希望時間:	(その他:)		

※太枠の部分は必須、細枠はわかる範囲でご記入の上、FAX(084-941-4190)でお申し込み下さい。

【福山市歯科医師会 使用欄】

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