

# 訪問歯科診療申込書

令和 年 月 日

ふりがな			男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 ( 歳)
患者氏名						
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	令和 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)**