

訪問歯科診療申込書

お申し込み日 年 月 日

ふりがな		性別	男・女
患者氏名	様	生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所又は 往診先			
往診の日時に 関する連絡先	・患者宅 ・事務局(担当ケアマネ) ・その他 (
	TEL	FAX	
緊急連絡先			
主訴 (気になる症状)	・義歯調整・歯や口の痛み・歯茎の腫れ・歯、口の汚れ・歯の欠損		
	・摂食嚥下障害・口腔乾燥・顎がはずれる・口腔ケア依頼		
	具体的に		
往診の希望日	月・火・水・木・金・土		
駐車スペース	あり ・ なし	かかりつけ歯科医	
主治医	病院、医院名		TEL
	担当医師名		FAX
特記事項 既往歴(今迄に かかった病気) 現在の病名等	・脳血管障害・心疾患・高血圧・糖尿病 ・リュウマチ・骨粗しょう症 ・感染症(A型・B型・C型肝炎・HIV) ・認知症 現在の病状等、具体的に		
要介護度等	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
サービス利用	・有 (週 回 月 火 水 木 金 土曜日) ・無		
患者さんの状態	・寝たきり・寝たきり起きたり・移動できる(自力・介助して) 認知症 軽・重 :		
食事	普通食・キザミ食・流動食・経管栄養・その他(

この用紙をご記入くださった方

氏名	続柄()	上記患者の担当ケアマネ及び介護事業所名
TEL		担当ケアマネ: 事業所名:
FAX		

柏原市歯科医師会 在宅歯科ケアステーション(太田歯科医院内)

TEL 072(978)4618 FAX 072(977)1616 (月水金 9:00~13:00)

※できるだけFAXでお申し込み下さい。