

東根市 訪問歯科診療 申込書

ver.3

訪問歯科診療を希望する方は、下記の必要事項をご記入ください
医療保険の規定で、医科へ通院している場合は、歯科の訪問診療が認められない場合があります。

記入日 令和 年 月 日

記入者	家族	かかりつけ医院	ケアナビ等	健康推進課	歯科医院窓口	その他
	氏名				連絡先	
ふりがな				性別	生年月日	
患者氏名				男 女	大正 昭和 平成 年 月 日生 歳	
住所	〒 999-37 東根市			連絡先		
駐車場	なし あり	例:自宅前に駐車場あり、自宅向かいの空地に停めて可 など				
症状	痛みがある		歯が折れた		部位や痛みの強さ など	
	入れ歯が痛い、合わない		入れ歯を作りたい			
	つめものなどが取れた		虫歯がある			
	歯ぐきが腫れている		その他 ()			
病歴	高血圧症	糖尿病	腎臓病	透析	(有 無)	
	認知症	肝炎	(A型 B型 C型) (治療中 経過観察中)			
	その他 ()					
服薬中の薬	血液をさらさらにする薬 ()					
	骨粗しょう症の薬 ()					
	その他 ()					
かかりつけ医院・病院						
かかりつけ歯科医院						
通院できない理由		歩行困難 寝たきり 人工呼吸器・胃ろう等で移動困難 退院直後 看取り期 その他 ()				
要介護認定		要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)				
障害支援区分		区分 (1 2 3 4 5 6)				
サービス利用状況		例:毎週月曜日はデイサービス など				
身体障害者手帳		級	種	障害種類		
担当のケアナビ等	事業所名					
	担当者名				連絡先	