

徳地歯科医院 宛

FAX 075-661-8616

訪問歯科診療申込書（新規・再診）



申込日 令和 年 月 日

依頼人	氏名	所属							
		職種							
受診希望者	ふりがな	性別	生	年	月	日			
	氏名	男・女	大正・昭和・平成	年	月	日	歳		
訪問先住所	〒		電話番号 () -						
申込理由 ※必ず記入	どこが (歯・歯ぐき・入れ歯・その他 ())								
	どのように (痛む・腫れている・咬めない・入れ歯の不具合)								
	その他 () ・ 検診・口腔ケア・摂食嚥下評価								
訪問希望曜日									
特に伝えたいこと 全身状態									
介護保険	有 ・ 無	負担割合	1割	・	2割	・	3割	要介護1・2・3・4・5	要支援1・2
公費	有 ・ 無 ・ 重度障害老人 ・ 指定難病 ・ 生活保護 ・ その他								
日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
◎かかりつけの医院があればご記入ください									
病院・医院名		診療科			主治医名				
◎ケアマネージャー									
氏名		事業所							
キーパーソン	氏名		続柄 ()						
	〒								
	住所								
	電話番号 ()		-						

こちらの用紙と一緒に ケアプラン表 現病歴等患者情報 お薬手帳 の送付をお願い致します。

初回訪問時に必ず保険証をご用意ください。