訪問歯科診療申込書

一般社団法人鶴岡地区歯科医師会　宛 申込日：令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者氏名 | （本人との関係：　　　　　 　　　）  　　　　　　　　　　　　　 　　 連絡先：（ 　　 ）　　　－ |

**次のように訪問歯科診療を申込みます**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性別 | | 生年月日 |
| 患者氏名 |  | | 男・女 | | 大・昭・平・令  　　年　　　月　　　日（　　　）歳 |
| 訪問先住所 | 電話番号：（　　　　　）　　　－　　　　　　　駐車スペース：あり　なし | | | | |
| 主病名 |  | | | | |
| かかりつけ  医院・病院 | **あり　➡**訪問診療を受けている　　通院している　**なし**    医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名：  　　医療機関のTEL：　　　　　　　　　　FAX： | | | | |
| かかりつけ  歯科医院 | あり  歯科医院名  なし | | | 歯科に通院できない理由 | |
|  | |
| **【注】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。** | | | | | |
| 症状・希望する治療 | | 歯・歯ぐき　　　入れ歯　　　口腔ケア　　　その他  具体的に | | | |
| キーパーソンの情報  ※日程調整など歯科医院  からの連絡に対応できる方 | | 氏名：  連絡先：（　　　　　）　　　－  本人との関係：（　　　 　　　　　　　　　） | | | |
| 要介護認定 | | あり　（要支援　１ ・ ２ 要介護　１ ・ 2 ・ ３ ・ ４ ・ ５ 　）  なし　（申請中・未申請・不明） | | | |
| 担当ケアマネの情報  ※利用がある場合 | | 事業所名：  担当者名：  電話番号：（　　　　　　）　　　－  FAX番号：（　　　　　　）　　　－ | | | |

◆服薬中の薬　　　血液をサラサラにする薬　　　骨粗しょう症の薬　　 　不明

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　以下はわかる範囲でお答えください　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

　◆意思の疎通　 良好　　 　やや不良　 　　不良

◆起き上がり　 　 良好　　　 やや不良　　　 不良

　◆口をあける　　 良好　　　 やや不良　　　 不良

|  |
| --- |
| **申込窓口　鶴岡地区医師会　地域連携室ほたる**  **TEL　０２３５－２９－３０２１　　　　FAX　０２３５－２９－３０２２**  ※申込書の記載が困難な場合は、お電話での申込みも可能です。 |

R7.2.25～