## 歯科訪問診療申込書

申込日 年 月 日

ふりがな							明治	・大	正•	昭和	• 平成	
受診者 氏名			男	• 女	生年月	BB	年	月	В	(	歳)	
	口 自宅	B宅 □ 施設(名称: 部屋番							号号			
訪問先	□ 病院(名称	病院(名称:						科)				
	12.=r	Ŧ							ペース	有	• 無	
	住所					場所		場所				
日常介護されている方 (KP)						続	柄					
	口 訪問先と同じ(同居)  口 別居  〒							TEL				
住所								携帯				
・脳血管障害(後遺症 有・無) ・糖尿病(インシュリン注射 有・無)   ・心臓病(ペースメーカー 有・無) 腎臓病(人工透析 有・無)   ・高血圧 ・肝臓病 ・パーキンソン病 ・認知症 ・癌( )   ・骨粗鬆症(薬の服用 有・無 / 注射 有・無) ・酸素ボンベ使用(有・無)   ・その他( )   詳細( )												
感	染 症	有( B型	• C型	•	その他[					] ) (	• <b>無</b>	
主治医	1	病院科				先生 TEL						
	2	病院科				先生	ŧ TEL					
		氏名					様 TEL					
担当グア	<b>"</b> マネージャー	事業所名						携帯 FAX				
介護認定	要支援	1 • 2 割 保険証					国保・前期高齢・後期高齢・社保					
	要介護	1 • 2 • 3	生保・重度心身障害者・こども医療					割				
ご利用中のサービス						デイサー	-ビス先					
						ショート	ステイ先					
通院困難理由		脳疾患 ・ 心臓疾患 ・ 骨折 ・ 関節リウマチ ・ 記 その他 歩行困難な疾患(						知症			)	
歩くことは可能ですか		自立 ・ 杖歩行 ・ 手押し車 ・ 車椅子 ・ 不可能									<u> </u>	
身体を起すことは可能ですか		1 515										
意思の疎	通は可能ですか	可能	不可	能•	単談な	ら可能	•	その他			)	
どうなさいましたか (主訴)									ご自集	多の歯	有・無	
									入才	で歯	有•無	
訪問可能日		午前 月・火・水・木・金 午後 月・火・水・木・金				可能な時間帯			: ~ :			
		十夜	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	小 • /	N * 317				•		•	
ご依頼者 氏名					TEL			携帯				
	がとのご関係		ご家族様 ・ ケアマネージャー様 ・ その他 ( )									
ご依頼内容   治療 ・ 口腔ケア ・ リハビリ ・ 飲み込み ・ 健診&ご相談 ・ その他(								)				

お手数ですが上記項目をご記入の上、下記までFAXをお願い致します。

FAX: 048-986-3317