

病院・施設利用の方

病院/施設名		
病室	棟	号室

## 歯科訪問診療申込書

【申込日】令和 年 月 日

申込者氏名	
患者さんとの関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
電話番号	
請求書先	〒

	ふりがな	
受診者希望者 (患者) 氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( ) 歳	
住所	〒	
電話番号	(日程連絡先)	

主訴	<input type="checkbox"/> 歯/歯肉痛い (痛い・腫れた) <input type="checkbox"/> 入れ歯 (合わない・壊れた) <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> その他 ( )
	・生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・医療保険証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・障害者手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・現在服薬中 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・かかりつけ歯科医院 ( ) ・かかりつけ主治医 ( )
患者さんの状態	<input type="checkbox"/> 食事補助必要 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 自力で移乗可能 <input type="checkbox"/> 移乗に介助が必要

訪問診療希望日 ※希望通りに日程調整すると待ち日数が長くなることをご了承ください

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

薬剤情報と保険証の提示をお願いいたします。