

訪問歯科診療申込書

令和 年 月 日

松山市歯科医師会
総合歯科医療連携室宛
Fax 089-947-8654
☎ 089-932-5407

ご依頼元事業所	
事業所名	
担当者氏名	
	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他()
電話	Fax

フリガナ 患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日(歳)
訪問先 住所・電話	〒	電話		-
(施設の場合、いずれかを <input checked="" type="checkbox"/> してください)		<input type="checkbox"/> 施設系	<input type="checkbox"/> 居宅系	
歯科医師決定後に訪問日時についてご連絡をいたします。希望する連絡先を <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 依頼元事業所 <input type="checkbox"/> 訪問先 <input type="checkbox"/> 患者家族(電話 - 続柄:)				
訪問希望 日時・時間帯				
通院困難の理由	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 病気などの後遺症 通院困難の原因の病名 ()			
申込理由	<input type="checkbox"/> 口が汚れている <input type="checkbox"/> 飲み込みが悪い <input type="checkbox"/> 口が臭う <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> かめない <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない			
かかりつけ歯科医院	<input type="checkbox"/> あり (医院名) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
介護認定	<input type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 無			
健康保険	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()			

承諾書

ご依頼に対する本人または家族の承諾
(署名あるいは押印をお願いします)

- 訪問日時・時間帯はご期待に沿えない場合もありますがご了承ください
- 歯科医師の決定まで数日お時間をいただきます。お急ぎの場合は直接近隣の歯科医院へご相談ください