

訪問歯科診療 申込書(松山市一般用)

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

申込者情報	
住 所	
氏 名	
電 話	Fax

フリガナ 患者氏名	<input type="checkbox"/> 男		生年 月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令			
	<input type="checkbox"/> 女			年 月 日(歳)			
訪問先住所	〒						
	電話			訪問時の駐車場 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
(施設の場合) 施設名称：							
訪問希望日 時間帯 希望する時間を、ご記入 ください(複数可)	曜日	月	火	水	木	金	土
	午前						
	午後						
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"/> お口のケア <input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> その他 ()						
お口及び 全身の状態	<input type="checkbox"/> 口が汚れている <input type="checkbox"/> 口が臭う <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> かめない <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 食べ物を飲み込みにくい <input type="checkbox"/> むせやすい <input type="checkbox"/> 胃瘻をしている <input type="checkbox"/> 体重の増減が激しい <input type="checkbox"/> その他 ()						
服用している薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(薬名：)						
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()						

- 担当歯科医師が決まりましたら**申込者様**へご連絡致します。
○施設への訪問をご希望の場合、必ず施設ご担当者様へ確認の上、お申込みください
○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