

歯科訪問診療申込書

受付 No. _____

東大阪市東歯科医師会在宅寝たきり高齢者訪問歯科診療を受診したいので申し込みます。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ _____

患者氏名・性別 _____ (男・女)

生年月日・年齢 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 東大阪市 _____ 町 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号
(_____ 棟 _____ 号室)

電話 _____ FAX _____

申込み者氏名(職種)

患者との関係 _____ 連絡先 _____

訪問診療を希望する理由 (お口の中で困っている事)
寝たきりになった原因 通院が困難な理由 発病年月日: _____ 年 _____ 月頃
現在治療中の疾病
かかりつけの内科医 無 ・ 有 (_____ 医院 Tel _____)
かかりつけの歯科医 無 ・ 有 (_____ 歯科医院 Tel _____)
担当ケアマネージャー; お名前 (_____) 事業所名 (_____) 電話番号 (_____) FAX 番号(_____)
身体状況; 座位 (椅子・ベッド・ふとん) 臥床 (ベッド・ふとん) 歩行 (全介助・部分介助・自立) 移乗 (全介助・部分介助・自立) 座位保持 (全介助・部分介助・自立) 食事 (全介助・部分介助・自立) 意志疎通 (可・不可・困難) 食形態 (常食・介護食・非経口)
保険の種類; 社保 ・ 国保 ・ 後期高齢者 ・ 生保 (本人・家族)
要介護度 ; 自立 ・ 要支援 ・ 要介護 1・2・3・4・5
この在宅歯科ケアステーション歯科訪問診療を知った経緯 (_____)

(一社)東大阪市東歯科医師会

お申し出
問い合わせは

TEL : 072-965-1020 FAX : 072-965-1801