

# 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

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

お申し出  
問い合わせは

(一社)東大阪市東歯科医師会

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