**訪問歯科診療申込書**

 記入日：令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　山口県在宅歯科保健医療連携室　行き

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【 ＦＡＸ　083-928-8025 】№

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診希望者氏名 | フリガナ | 男・女 | Ｍ ・ Ｔ ・ Ｓ　　　年 |
|  |  　　月　　日 生（　　　）歳 |
| 訪 問 先 | 自宅・施設・病院・その他（　　　　　） | ＴＥＬ |
| 住 所（訪問先） |  |  |
| 申 込 者 氏 名（受診希望者と異なる場合） | フリガナ　　　　　　　　　　　　　　 | 続柄 | ＴＥＬ： |
|  |  | 住所 |
| 保険証の種類 | 国　・　社　・　老　・　生 | 原爆手帳 | 無　　　・　　　有 |
| 障害者手帳 | 有（　　　種　　　級）　・　無 | 要介護認定 | 非該当・要支援・要介護（　　　　　） |
| 受診希望内容 | □ 痛みがある　　　　　　□ 入れ歯が壊れた　　　　　　　□ 出血がある□ 腫れている　　　　　　□ 入れ歯を作りたい　　　　　　□ 口がかわく□ 口臭がある　　　　　　□ 入れ歯が合わない　　　　　　□ 口腔清掃の方法について□ うまく食べられない　　□ 入れ歯の手入れ方法について　□ その他（　　　　　　） |
| 該当するものに✓を付けてください※重複可 |

　**※必ず記入してください**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| かかりつけの医療機関 | 診療所（病院）名 | 診療科名 | 　　　　　　　　　　　科 |
| 担当医 | ＴＥＬ |  |
| 担当ケアマネジャー | 所属事業所名 | ＴＥＬ |  |
| 氏名 | ＦＡＸ |  |
| 訪問先まで車両が入りますか？ | はい　　・　　いいえ | 駐車スペース | ある　　・　　なし |

　**※以下、分かる範囲で記入してください**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 訪問を希望する曜日や時間帯 | 曜　日 | （ 　） 曜日 | 時 間 帯 | 午前・午後（　　　）時 |
| 現在の病名（既往歴） | □脳血管患　　　□心筋梗塞　　　□糖尿病　　　□骨粗鬆症　　　　□肝臓病□腎臓病　　　　□肝炎（　　　）型　　　　　　□がん（　　　　　　　　）□認知症（　なし　・　軽度　・　重度）□意思の疎通（できる・少しできる・できない）　□その他（　　　　　　　　　） |
| 訪問看護師 | 所属先 | ＴＥＬ |  |
| 氏名 | ＦＡＸ |  |
| 聴力障害　 | ある（左・右）・　なし | 視力障害 | ある（左・右）・　なし |
| ★ご本人・申込者以外で介護の中心となっている方がいればご記入ください | ※訪問先周辺の地図と目印をお書きください |
| 氏名 | 続柄 |
| 連絡先 |

連絡先：山口県在宅歯科保健医療連携室

ＴＥＬ：083-928-1108/ＦＡＸ083-928-8025