

訪問歯科診療申込書

山口県在宅歯科保健医療連携室 行き

記入日: 令和 年 月 日

FAX:083-928-8025 No. _____

受診希望者氏名	フリガナ	男・女	明治・大正・昭和 年
			月 日生 (歳)
住所(訪問先)	〒		TEL: ()
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 <small>該当するものに ☑をつけてください ※重複可</small>	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 出血がある <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 口が乾く <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 口腔掃除の方法について <input type="checkbox"/> うまく食べられない <input type="checkbox"/> 入れ歯の手入れ方法について <input type="checkbox"/> その他()		

※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と時間帯	曜日 ()曜日	時間帯	午前・午後()時
現在の病名(既往歴)	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎(型) <input type="checkbox"/> がん() <input type="checkbox"/> 認知症(なし・軽度・重度) <input type="checkbox"/> 意思の疎通(できる・少しできる・できない) <input type="checkbox"/> 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 / FAX:083-928-8025)