

訪問歯科診療・口腔ケア申込書 **FAX:0798-47-8820**

⇒お申し込みの際、わかる範囲でご記入ください。

申込日 令和 年 月 日 (No.)

申込者	様	担当ケアマネ	様
続柄		TEL/FAX	

(ふりがな) 受診希望者	様(男・女)		
生年月日	(明・大・昭・平)	年	月 日生 (満 歳)
訪問先住所			
TEL/FAX			
主訴	<input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐきの痛み <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 取れた <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> その他		
全身疾患	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他		
服薬情報			
介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中		
生活保護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
障害手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()等級		
日常状態	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 自力移動可能 <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要		
かかりつけ 歯科医院	<input type="checkbox"/> あり 歯科医院名 <input type="checkbox"/> なし TEL		
かかりつけ 医院	<input type="checkbox"/> あり 医院名 <input type="checkbox"/> なし TEL		

訪問診療希望日時を教えてください。(希望日に○、ダメな日に×)

	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							

ご自宅の駐車スペース
あり なし

TEL:0798-47-8111 Mail:373minami.dc@gmail.com

みなみ歯科医院 訪問歯科診療窓口