

歯科訪問診療・口腔ケア申込書

FAX 番号 045-330-6090

必要事項をご記入の上、上記 FAX 番号までお送りください。

歯科相談もこちらにご記入ください。

申込者氏名			
患者さんとの関係	<input type="checkbox"/> 家族（続柄 _____）	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
電話番号		FAX 番号	

利用者（患者）氏名	ふりがな _____ 様	性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日	満 _____ 歳	
住所	〒 _____ 横浜市保土ヶ谷区 _____		
電話番号			

当てはまる項目に 印をつけてください。

主 訴

痛みがある 腫れている 入れ歯が合わない・壊れた 咬みにくい 飲み込みにくい
 その他（ _____ ）

介護認定

非該当 要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 申請中

生活保護指定

有 無

医療保険

有 無

障害者手帳

有 無

患者さんはどのような状態（環境）ですか？

寝たきり 寝たり起きたり（15分くらい座っていることができる） 移動に介助が必要

かかりつけの歯科医院はありますか？

有 無

かかりつけの医者はありますか？

有 無

歯科医院名 _____

医院名 _____

訪問診療の希望日時を教えてください

希望日に○印、ダメな日に×印を記入してください。

ご自宅に訪問車の駐車スペースがありますか？

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

駐車スペース有り

駐車スペース無し

ご不明な点は、TEL045-309-8114 にお問い合わせください

保土ヶ谷区歯科医師会

保土ヶ谷区在宅歯科相談室