

在 宅

## 訪問歯科診療申込書

受付 No. \_\_\_\_\_

通常・至急		申込日: / /	
申込者	本人・家族・施設職員 氏名	連絡先: TEL: FAX:	記入者名
担当医からの 連絡先	本人・家族・入院中 氏名: 連絡先: (携帯電話)		

フリガナ 受診者名		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	
住 所	〒	TEL:		FAX:	
口腔内の主訴	むし歯 (痛み: あり・なし) 歯肉腫脹・出血 (痛み: あり・なし) 義歯不適 (痛み: あり・なし) 義歯新製希望		修復物脱離 (痛み: あり・なし) 歯石沈着 義歯破損 その他 ( )		
保 険 証	国保・社保・生保・後期高齢・その他 ( )		医療証	あり・なし	
介護保険	あり・なし 要支援・要介護 (1・2・3・4・5) 度・申請中				
主疾患名 (障害者)					
かかりつけ 医療機関	名 称:	TEL:		FAX:	
かかりつけ 歯科医院	名 称:	TEL:		FAX:	
服薬状況	常用薬 (あり・なし)		服薬情報提供 (別紙添付・受診時持参・なし)		
全身状況	臥床状況: 寝たきり・寝たり起きたり 摂食嚥下障害: あり・なし 認知障害: あり・なし		移動動作: 全介助・部分介助・その他 食事介助: あり・なし 意思表示: できる・できない		
介 護 者	氏 名:		(続柄: )		
(同居以外の場合)	住 所	〒	TEL:		FAX:
備 考 欄					

紹介先 歯科診療所	名 称:	TEL:
		FAX:

一般社団法人 調布市歯科医師会  
TEL : 042-485-4892 FAX : 042-485-4644