

歯科訪問診療申込書

依頼日 年 月 日

はち丸患者ID：

申込者	氏名		患者との関係																											
	TEL ー		連絡先		□ 患者様へ □ 申込者様へ																									
患者氏名	フリガナ	男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和																										
				年 月 日 (歳)																										
住所	□ 自宅 (□ 独居 □ 家族と同居) □ 施設 (名称 :)																													
	〒 ー TEL ー 区																													
駐車スペース	□ 有 □ 無																													
介護認定	□ 無 □ 要支援 (1 2) □ 要介護 (1 2 3 4 5) □ 申請中																													
当てはまる項目に✓印を付けてください	福祉給付金資格者証 (マル福) □ 有 □ 無 障害者医療証 □ 有 □ 無 生活保護受給 □ 有 □ 無 その他：																													
主訴	□ 痛み (歯・歯肉・舌) □ 歯肉の腫れ □ 歯が取れた・折れた □ 入れ歯が合わない・壊れた □ 入れ歯を作りたい □ よく噛めない □ 飲み込みにくい □ □ 腔ケア □ 名古屋市無料健診を受けたい (在宅ねたきり者訪問歯科診査) □ その他：																													
かかりつけ医療機関名		医師名		TEL		特記事項																								
				ー		往診・通院																								
かかりつけ歯科医療機関名		歯科医師名		TEL		最近の受診																								
				ー																										
ケアマネジャー事業所名		担当者名		TEL		FAX																								
				ー		ー																								
全身疾患	□ 脳血管疾患 □ 心臓病 □ 糖尿病 □ 外傷・骨折 □ パーキンソン病 □ 高血圧症 □ 認知症 □ 呼吸器疾患 □ 肝臓疾患 □ 関節疾患 □ てんかん □ 感染症： □ アレルギー： □ その他：																													
希望日時	□ 希望なし □ 希望あり ご希望の曜日欄に○を記入してください 備考：		<table><tr><td></td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td><td>土</td><td>日</td></tr><tr><td>午前</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>午後</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					月	火	水	木	金	土	日	午前								午後							
	月	火	水	木	金	土	日																							
午前																														
午後																														
どこで連携室を知りましたか？ パンフレット・チラシ・広報なごや・ホームページ・医療機関 ケアマネジャー・いきいき支援センター・区役所・保健センター・その他																														