

訪問歯科診療 申込用紙

記入日： 年 月 日

受診者	フリガナ 氏名						性別	男 ・ 女	
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日					年齢	歳	
	訪問先 住所	〒 —							
	自宅電話	() — —							
	駐車場	あり ・ なし							
キーパーソン	フリガナ 氏名						患者との関係		
	自宅電話	() — —							
	携帯電話	() — —							
	繋がりやすい 時間帯								
	住所	〒 —							
ケアマネージャー 相談支援専門員	事業所名								
	フリガナ 氏名								
	電話	() — —							
	携帯電話	() — —							
	FAX	() — —							
介護度		要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2							
障害者手帳等級		級							
依頼元		ご家族 施設 病院 その他事業所	病院・施設名 ()						
			担当者氏名：					職種：	
依頼内容 (症状)		歯が痛い ・ 歯茎が痛い ・ 義歯 ・ 口腔ケア ・ 食べにくい ・ 飲み込みにくい							
		その他特記事項							
必要な書類の写し (添付したものに☑を お願いします)		☐ 医療保険証 ☐ 情報提供書(フェースシート・アセスメント等) ☐ 介護保険証 ☐ 介護サービス計画書 ☐ 介護保険負担割合証 ☐ 服薬情報 ☐ 主治医(医師・歯科医師)からの診療情報提供書(病院・診療所からの依頼の場合)							
		※下記の書類をお持ちの場合は、合わせてご用意ください※ ☐ 前期高齢者受給者証 ☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証 ☐ 福祉医療受給者証 ☐ 特定医療費(指定難病)受給者証							
訪問希望日・時間帯 (月～金曜日)		【第1希望】 【第2希望】 【第3希望】							