

訪問歯科診療（在宅患者往診）申込書

受付No. _____

受付年月日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ ） 受付時間： _____ 時 _____ 分

▽依頼者氏名： _____

・依頼者属性：①本人 ②家族 ③医師 ④看護師 ⑤ケアマネ ⑥その他（ _____ ）

・事業者名（病院・施設・事業所）： _____

・事業者 TEL： _____（ _____ ） _____ FAX： _____（ _____ ） _____

ふりがな
▽患者氏名： _____ ・性別： 男 ・ 女

・生年月日：M ・ T ・ S ・ H ・ R _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

・患者住所： _____

・患者自宅 TEL： _____（ _____ ） _____ FAX： _____（ _____ ） _____

・連絡の取れる家族の TEL： _____（ _____ ） _____ *患者自宅と同じ場合には記載不要

・入院中・入所中の場合は医療機関名・施設名： _____

・医療機関・施設 TEL： _____（ _____ ） _____ FAX： _____（ _____ ） _____

・付き添い： 無 ・ 有 付添者属性：①家族 ②ヘルパー ③その他（ _____ ）

・入院先・入所先に訪問歯科診療を受ける許可を得ていますか？（ はい ・ いいえ ）

▽往診依頼理由（主訴）：①歯痛 ②歯の動揺 ③歯肉の疼痛 ④歯肉の腫脹 ⑤義歯が合わない
⑥義歯新製 ⑦義歯破損 ⑧口腔ケア ⑨その他（ _____ ）

▽患者の全身状態等

1) 全身疾患：①現在加療中の傷病 無 ・ 有 _____ *有の場合

②主な既往歴

2) 歩行状態：①寝たきり ②準寝たきり ③要介助 ④車イス ⑤短時間歩行可能 ⑥屋内のみ可能

3) コミュニケーションの可否 可能 ・ どうか可能 ・ 不可能

4) 栄養摂取状況：①普通食 ②軟食 ③ソフト食 ④経管栄養 ⑤胃瘻 ⑥その他（ _____ ）

5) 介護認定の有無： 無 ・ 有（要支援 ・ 要介護 _____） ・ 申請中

6) その他の特記事項（入院中の場合は入院後の経過等、投薬、感染症、通院できない理由等について）

▽かかりつけ歯科医院： 無 ・ 有 歯科医院名： _____ *有の場合

一般社団法人 青森県歯科医師会（〒030-0811 青森市青柳 1-3-11 TEL：017-777-4870 FAX：017-722-4603）

青森県歯科医師会記入欄

決定歯科医院： _____

※訪問歯科診療を受けるには保険証の提示が必要です。

※本申込書はコピーしてお使いいただけます。