

訪問歯科診療（在宅患者往診）申込書

受付No. _____

受付年月日：平成 年 月 日（ ） 受付時間：午前・午後 時 分

以下の□（四角）で囲まれている部分に必要な事項をご記入ください。

▽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)： _____

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

▽患者氏名： _____ ・性別： 男 ・ 女

・生年月日：M・T・S・H 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

・入院中の場合は医療機関名： _____

・医療機関 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（ _____ ）

▽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) コミュニケーションの可否 可能 ・ どうか可能 ・ 不可能

3) 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（ _____ ）

4) その他の特記事項（入院中の場合は、入院後の経過等）

▽かかりつけ歯科医院： 無 ・ 有 歯科医院名： _____ *有の場合

訪問診療依頼歯科医院候補： _____ ・ _____

（最短距離の歯科医院） _____ ・ _____

決定歯科医院： _____