

# ◆訪問歯科健診申込書◆

歯科の訪問は常時寝たきりの状態またはこれに準ずる状態など、居宅において療養を行っており、  
疾病・傷病のために通院による歯科医療が困難な方が対象です。

申込日 20 年 月 日

申込者氏名	
患者様との関係	<input type="checkbox"/> 家族 ( ) <input type="checkbox"/> 担当ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ( )
TEL	( )
FAX	( )

患者様氏名	ふりがな 様 (男・女)
生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (満 歳)
住所	〒
TEL	( )
主介護者	
主訴	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 腫れてる <input type="checkbox"/> 入れ歯 (合わない・壊れた) <input type="checkbox"/> 噛みにくい <input type="checkbox"/> 飲みこみづらい <input type="checkbox"/> その他
介護保険認定	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5)
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 級)
生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

訪問希望日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土
駐車スペース	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
患者様はどのような状態ですか？	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 自力で移動できる <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要

かかりつけ歯科医院	<input type="checkbox"/> 有 歯科医院名： <input type="checkbox"/> 無 歯科医師名： TEL：
かかりつけ主治医	<input type="checkbox"/> 有 医院名： <input type="checkbox"/> 無 医師名： TEL：

上記項目をご記入の上、下記番号までFAXにてご送信ください。

※ご提供頂いた情報は個人情報方針に基づき歯科診療目的としてのみ使用し厳密に保管管理致します。

## ❀ 港北区在宅歯科相談室

### TEL/FAX 045-543-5510

〒222-0037 横浜市港北区大倉山1-4-6 コジマビル3F

月～金：9:00～12:00 13:00～17:00 (祝日、年末年始を除く)