

訪問歯科診療・口腔ケア申込書

FAX 045-543-5510

⇒お申し込みの際、わかる範囲でご記入ください。

申込日 令和 年 月 日 (No.)

申込者	様	担当ケアマネ	様
続柄		TEL/FAX	

(ふりがな) 受診希望者	様 (男・女)
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日生 (満 歳)
訪問先住所	横浜市港北区
TEL/FAX	
主訴	<input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐきの痛み <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 取れた <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> その他
全身疾患	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他
服薬情報	
介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中
生活保護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
障害手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()等級
日常状態	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 自力移動可能 <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要
かかりつけ 歯科医院	<input type="checkbox"/> あり 歯科医院名 <input type="checkbox"/> なし TEL
かかりつけ 医院	<input type="checkbox"/> あり 医院名 <input type="checkbox"/> なし TEL

訪問診療希望日時を教えてください。(希望日に○、ダメな日に×)

	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							

ご自宅の駐車スペース

あり なし

TEL 045-543-5510・Mail kouhoku@visitdental.com

港北区在宅歯科相談室