

訪問歯科診療申込書（施設用）

申込年月日 平成（令和） _____年 _____月 _____日

患者氏名 _____ 男 明昭
_____ 女 大平 _____年 _____月 _____日生 年齢 _____才

家族等連絡先 氏名 _____ 続柄 _____

住所 _____

TEL(1) _____ TEL(2) _____

施設名 _____ 階 _____号室

申込者氏名 _____ 職種 _____ TEL _____

FAX _____

主治医 医師 _____ 診療科 _____

訪問歯科診療についての施設の同意 同意済
 相談の上

医療保険 なし
 ある 種類 国保 社保 後期高齢者 生保 その他(_____)

介護保険 なし 要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

日常生活自立度 寝たきり度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症自立度 正常 I II a II b III a III b IV M

歯科診療に際しての注意点（主治医・介護者等より）

口の状態、食事の状況

治療の希望

歯科主治医の有無 なし
 あり _____市 _____歯科医院

歯科診療に利用できる場所

- 医務室等
 居室（ _____ 人部屋）
 その他（ _____ ）

水道、電源（コンセント）が必要です。
時に、音や臭いが出る場合や、火気を使用する場合があります。

病名 _____

バイタル _____

投薬状況 _____

一般社団法人 守口市歯科医師会
守口市大宮通 1-13-7 守口市市民保健センター1F
TEL 06-6995-2888 FAX 06-6998-3762

担当歯科医