

## 訪問歯科診療申込書（居宅用）

申込年月日 令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

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

患者住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

主な介護者 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

TEL(1) \_\_\_\_\_ TEL(2) \_\_\_\_\_

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

職種 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

主治医 医師 \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_

他科受診（通院）  なし  
 あり \_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 科

医療保険  なし  
 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  
痴呆老人自立度  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

主治医 医師 \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

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