**訪問歯科診療申込書（施設用）**

申込年月日　平成　　　　 　年　　　　 　月　　 　　　日

　　　　　　　　　　 　　　　　　　 　　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 　　　　　　　　 　　 　 TEL

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　 □ 正常 □Ｊ1 □Ｊ2 □Ａ1 □Ａ2 □Ｂ1 □Ｂ2 □Ｃ1 □Ｃ2

認知症自立度　 　　□ 正常 □Ⅰ □Ⅱａ □Ⅱｂ □Ⅲａ □Ⅲｂ □ 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　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　水道、電源（コンセント）が必要です。

□ 居室　 （　　 　　　人部屋）　　　　　　　　　　　　時に、音や臭いの出る場合や、火気を

□その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　使用する場合があります。

病　　名

ﾊﾞｲﾀﾙｻｲﾝ

投薬状況

　　　　　　　　　　　一般社団法人　守口市歯科医師会

担当歯科医

　　　　　　　　　　　　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