歯科訪問診療申込書

令和　　年　　月　　日

ふりがな		男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年　月　日（　歳）
患者氏名					
患者住所					TEL　（　）
申請者住所					
申請者氏名		男・女	続柄		TEL　（　）
連絡先氏名		所属			TEL　（　）
歯科医院からの連絡先	患者へ直接 ・ 申請者へ ・ 連絡先へ ・ その他（　）				
保険の種類	後期高齢者 ・ 国保 ・ 社保 ・ 生保 ・ その他（　）				
介護保険の認定	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5				
自宅療養となった主原因	脳血管疾患・心疾患・骨折・糖尿病・リウマチ・認知症・その他（　）				
医科主治医	医院名:			通院・往診・投薬（　）	
	住所		TEL　（　）		
かかりつけ歯科医	歯科医院名:	（　）町		年　月頃受診	
口腔内の状態	総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ 自歯				
主　訴	痛み（ 歯 ・ 歯茎 ・ 入れ歯 ・ その他 ）・ その他（　）				
座位姿勢	殆ど座位をとれない ・ 手助けがあれば短時間可能 ・ 自力で可能				
ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ	会話理解不可能 ・ 断片的には理解可能 ・ 日常的なことは理解可能 ・ 特に問題なし				
介護状態	寝たきり ・ ベッド廻りのことは自立 ・ つかまり立ちできる ・ 室内歩行可能				
訪問診療希望日時	希望曜日:　　希望時間:　　（その他:　）				

※上記にご記入の上、福山市歯科医師会（FAX084-941-4190）へお申し込み下さい。

【福山市歯科医師会　使用欄】

受付	令和　年　月　日（ ）	受付番号	
担当者			
かかりつけ歯科医		照会結果	
近隣1		照会結果	
近隣2		照会結果	
結果			

申込先（FAX084-941-4190）