

徳山歯科医師会 訪問歯科診療受診申込書

申込日 年 月 日

申込者	住所	〒		
	氏名 <small>ふりがな</small>	()		
	電話	() -	Fax.	-
	携帯電話			
受診者との関係				
受診者	住所	〒		
	氏名 <small>ふりがな</small>	()		
	生年月日	男 女	M・T・S・H	年 月 日生(歳)
	電話	() -	Fax.	-
紹介者	家族、行政、医師、施設、ヘルパー、ケアマネージャー、その他 ()			
保険の種類		健保・国保・共済・()		
		<input type="checkbox"/> 福の適用有無	有	無
既往歴・現病歴		・脳血管障害 ・心疾患 ・骨関節疾患 ・外傷 ・リウマチ ・老衰 ・認知症 ・感染症等その他 ()		
日常生活の程度		・食事摂取：自立、見守り、一部介助、全介助		
		・座位：できる、支えが必要、できない		
		・意思の疎通：できる、ときどきできる、不可		
		・介護サービス等を受けられている方：【要介護度】要支援、要介護()度		
		ケアマネージャー氏名 連絡先		
診療希望内容		脱離、抜歯、義歯調整、その他		
診療希望日		特別な希望日がある場合は記入して下さい。 ただし、ご希望にそえない場合もあります。		
他科への通院(現在)		あり なし (通院可能 ・ 通院不可能)		
医科主治医名		病院 科 先生 医院 電話 () -		
かかりつけ歯科医院		歯科医院 ・ かかりつけ歯科なし		
交通費		10km未満 500円 10km以上 1,000円 (タクシー利用の場合は、往復料金)		
※受診者が入院中の場合		病棟() 申請書記入者 () 内線() 希望受診場所 ()		
受診者宅近辺の略図(目印となるところからは、できるだけ詳しく書いて下さい。)				
担当歯科医師名:				