

(様式1)

訪問歯科診療申込書

*私は、訪問歯科診療を受診したいので下記のとおり申し込みます
記

申請者
氏名 _____
(診療を受ける方とのご関係)
()

申し込み年月日	年 月 日 ()		
診療を受ける方	ふりがな 氏名	生年 月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)
	住所		電話
連絡先 必ず連絡取れる方	ふりがな 氏名	続柄	住所 電話
担当のケアマネ	事業所名 氏名	電話 訪問日時の連絡 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
何にお困りですか	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 入れ歯 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
往診希望の理由	<input type="checkbox"/> 通院困難 <input type="checkbox"/> その他 ()		
ペットはいますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他 () ケージはありますか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 有 (台分 特記事項等) <input type="checkbox"/> 無 ()		

* 市町村状況調査記入欄 前年度より継続中 () 市町村

状況調査日	年 月 日	担当者氏名	
かかりつけ歯科医		歯科医療機関	
かかりつけ医		医科医療機関	
医科の状況 服薬等	疾患名全て		
介護保険制度の 利用状況と 往診調整希望日	要介護度等		
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> その他 ()		
重度心身障害者医療費	受給者証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 身体障害者手帳： 級 療育手帳：㊤ A B		
その他市町村の認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		訪問歯科治療は 適 否

※ 歯科医師会記入欄

受付日時	年 月 日 ()	受付担当	
登録番号		担当歯科医師	
初回訪問日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分 ()	市町村同伴者 他	