

# 訪問歯科診療申込書（施設用）

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

患者氏名 \_\_\_\_\_ 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(1) \_\_\_\_\_ TEL(2) \_\_\_\_\_

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

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）

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  
 居室（ \_\_\_\_\_ 人部屋）  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

水道、電源（コンセント）が必要です。  
時に、音や臭いが出る場合や、火気を使用する場合があります。

口腔の状態、摂食状況およびその他の希望

病名 \_\_\_\_\_

バイカルイン \_\_\_\_\_

投薬状況 \_\_\_\_\_

(医) 櫻椿会 いたや歯科クリニック  
三鷹市牟礼3-8-18  
TEL/FAX 0422-42-4182

担当歯科医