

訪問歯科診療申請書

受付場所

受付者

訪問診療を依頼する患者について	フリガナ (性別) 氏名 男・女	
	生年月日 M・T・S・H 年 月 日 (満 歳)	
	現住所 TEL ()	
	連絡先氏名 続柄	
	連絡先住所 TEL ()	
	今まで歯科の往診を依頼したことがある(年 月ころ) ・ ない	かかりつけ歯科医(ある場合のみ記入)
	かかりつけ医 TEL ()	
	ケアマネージャー 氏名 事業所名 TEL ()	
口腔状態	主訴(現在気になっているお口の中の症状など) <ul style="list-style-type: none"> ・歯が痛い ・むし歯がある ・歯がぐらぐらする ・その他 () <ul style="list-style-type: none"> ・入れ歯を直したい ・入れ歯を作りたい ・詰め物、かぶせ物がとれた <ul style="list-style-type: none"> ・歯ぐきが痛い ・検診をして欲しい ・口腔ケアをして欲しい 	
身体状態	今までにかかったことのある病気・現在治療中の病気はありますか <ul style="list-style-type: none"> ・心臓病 ・腎臓病 ・糖尿病 ・ぜんそく ・脳卒中 ・高血圧 ・低血圧 ・その他 () ・甲状腺 ・認知症 ・骨折など ・肝臓病 ・パーキンソン症候群 ・感染症など 	
特記事項	要介護認定の有無 なし、要支援 1・2、 要介護 1・2・3・4・5 身体障害者手帳 有・無	その他(希望・注意点等あればご記入下さい)