

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 (ふりがな)	()		
	電話	() -	Fax.	-
	携帯電話			
受診者との関係				
受診者	住所	〒		
	氏名 (ふりがな)	()		
	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 ()		
服用している薬		血液をサラサラにする薬() 免疫力を抑える薬() 骨そしょう症の薬(注射を含む) () 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		
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:				