公益社団法人　津歯科医師会訪問歯科診療及び口腔ケア申込書

申込者　　申込日　　年　　月　　日

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　電話＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿＿

患者さんとの関係（　　）　　ＦＡＸ＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿＿

患者さんのお名前（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　男　・　女

生年月日　大・昭・平・令　　年　　月　　日　　歳

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿＿

周辺道路状況　　1）自宅駐車可能　2）自宅前駐車可能　3）＿＿m位離れたところに駐車可能　4）駐車不可

かかりつけまたは今までにかかったことのある歯科医院名（ 無 ・ 有 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

申込理由　（　〇をつけてください　）

1　痛みがある　　2　腫れている　　3　良くかめない　　4　入れ歯が合わない

5　飲み込み時にむせる　　6　食事に時間がかかる　　7　口の中が汚れている（口腔ケア）

8　その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

かかりつけの病医院名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

今回の治療に関する主治医の了解　（ 有 ・ 無 ）　電話＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿＿

主な病名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

服用している薬剤名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者さんの状態　1　寝たきり　　2　寝たり起きたり（30 分ぐらい座っていることができる）

3　介助があれば移動できる　　4　自分で移動できる

要介護認定の有無　　無し　　有り　（要支援　1　2　　要介護＿＿＿＿）

健康保険の種類　1　国民健康保険　　2　社会保険　　3　後期高齢者保険　　4　生活保護　　5　その他

資格確認　　1　マイナンバーカード　　2　資格確認書

担当ケアマネジャー所属事業所名　　電話＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ＦＡＸ＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿＿

担当ケアマネジャー氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【お願い】訪問診療に関しては、安全性・機材・他の医療機関への通院状況などにより様々な制限があります。
従いまして、要望される治療ができかねることがありますので、あらかじめご了承ください。

お問合せ申込み先

公益社団法人　津 歯 科 医 師 会
〒514-0004　津市栄町二丁目 365
TEL 059-225-1304　FAX 059-223-3936

あきらめていませんか？歯の治療

歯の往診

訪問診療
と
口腔ケア

食べる
よろこび

会話する
ことの
よろこび

口元が
きれいになる
よろこび

通院にお困りの方のご自宅や施設にお伺い致します

通院できない方、寝たきりの方、施設入居の方

津歯科医師会**口腔ケアステーション**まで、ぜひご相談ください。

TEL : 059-225-1304 / FAX : 059-223-3936

（公社）津 歯 科 医 師 会