この申込書はコピーしてご利用ください

訪問歯科診療申込書

一般社団法人上越歯科医師会在宅歯科医療連携室 宛

申込日　　年　　月　　日

利用者	ふりがな			TEL	
	氏　名		□男 □女		
	住　所			駐車場	□無 □有
	生年月日	□大正 □昭和 □平成 □令和		年　月　日	歳
連絡先氏名			続　柄	TEL	
申込者氏名			続　柄	・本人 ・同居家族 ・他の親族 ・介護関係者 ・その他	
介護保険	□認定 有	要支援	□1 □2		
		要介護	□1 □2 □3 □4 □5		
	□認定 無				
担当介護支援専門員		氏名		TEL	
		所属			

主　訴		具体的にお困りのことをお書きください
□	歯 （上・下/右・左）	□痛い □グラグラする □抜けた □被せた物や詰めた物がとれた □その他（　　）
□	入れ歯 （総入れ歯・部分入れ歯） （上・下/右・左）	□痛い □外れやすい □金具がゆるい □新規作製希望 □修理希望 □その他（　　）
□	歯ぐき・粘膜の状態 （上・下/右・左）	□痛い □赤くなっている □腫れている □その他（　　）
□	その他	
□	口腔ケア希望	

□	希望の歯科医院	□無 □有（　　）→受診歴 □無 □有
□	食形態	□普通食 □軟食 □経管栄養 □その他（　　）

訪問場所	自宅 ・ 施設 ・ 病院 ・ その他（　　）	
自宅以外の場合	所在地	
	TEL	
通院できない理由		
既 往 歴		
介護保険サービス利用日（曜日や時間等詳細記入）	□デイサービス	□ショートステイ
	□訪問介護	□訪問入浴
	□訪問看護（リハビリ）	□その他サービス
その他特記事項		

在宅歯科医療連携室　FAX　025-527-2844