

# 訪問歯科診療申込書（在宅） 新規 再来

はち丸患者ID:

依頼日

年

月

日

患者氏名	フリガナ	男 女	生年月日	大正 昭和 平成			
				年 月 日 ( 歳 )			
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 ( <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居 ) <input type="checkbox"/> 施設 ( 名称 : _____ ) 〒 _____ TEL _____						
	連絡先 <input type="checkbox"/> 患者様へ <input type="checkbox"/> 下記の依頼者様へ 駐車スペース <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
主訴	<input type="checkbox"/> 痛み ( 歯・歯肉・舌 ) <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> ものがよく咬めない <input type="checkbox"/> 義歯が合わない・壊れた <input type="checkbox"/> 義歯新製希望 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 被せものが取れた <input type="checkbox"/> その他 : _____ いつ頃から、どのあたりが、ご要望など						
全身疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 外傷・骨折 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 関節疾患 <input type="checkbox"/> 感染症 : _____ <input type="checkbox"/> アレルギー : _____ <input type="checkbox"/> その他 : _____						
要介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 要支援 ( 1 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( 1 2 3 4 5 ) <input type="checkbox"/> 申請中						
かかりつけ医療機関名		主治医名		TEL	特記事項		
				-			
かかりつけ歯科医療機関名		歯科医師名		TEL	最近の受診		
				-	ヶ月前		
希望日時	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり 備考 : _____						
		月	火	水	木	金	土
	午前						
午後							
ご希望に○を記入してください							

依頼内容	診査	診療	口腔ケア	相談	○を記入してください	
依頼者	<input type="checkbox"/> 本人・家族等 <input type="checkbox"/> いきいき支援センター <input type="checkbox"/> 連携支援センター <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> その他 : _____					
	フリガナ			続柄 : 家族 ( _____ )		
	氏名 ( 担当者名 )			職種名		
	事業所等名			連絡先 TEL _____ FAX _____		

どこで介護連携室を知りましたか？  チラシ、広報なごや、ホームページ、行政機関 ( 保健センター・市区役所等 )  
 1つだけ○を記入してください  介護事業所、いきいき支援センター、医療機関、その他

名古屋市在宅歯科医療・介護連携室 TEL 619-4188 FAX 619-4189