

訪問歯科診療申込書 (病院用)

申込年月日 令和 _____年 _____月 _____日

患者氏名 _____ 男 明昭
_____ 女 大平 _____年 _____月 _____日生 年齢 _____才

家族等連絡先 氏名 _____ 続柄 _____

住所 _____

TEL(1) _____ TEL(2) _____

病院名 _____ 病棟 _____階 _____号室

申込者氏名 _____ 職種 _____ TEL _____ FAX _____

主治医 医師 _____ 診療科 _____

訪問歯科診療についての主治医の同意 同意済
 相談の上

医療保険 なし
 ある 種類 国保 社保 後期高齢者 生保 その他()

介護保険 なし 要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

日常生活自立度 寝たきり度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症自立度 正常 I II a II b III a III b IV M

歯科診療に際しての注意点 (主治医・介護者等より)

口の状態、食事の状況

治療の希望

歯科主治医の有無 なし
 あり _____市 _____歯科医院

歯科診療に利用できる場所

- 処置室等
 病室 (_____ 人部屋)
 個室
 その他 (_____)

水道、電源 (コンセント) が必要です。
時に、音や臭いが出る場合や、火気を使用する場合があります。

◎診療情報提供書がない場合、次の項目も記入してください。

病名 _____

バイタル _____

投薬状況 _____

一般社団法人 守口市歯科医師会
守口市大宮通 1-13-7 守口市市民保健センター1F
TEL 06-6995-2888 FAX 06-6998-3762

担当歯科医