**訪問歯科診療申込書（居宅用）**

申込年月日　平成　　　　 　年　　　　 　月　　 　　　日

　　　　　　　　　　 　　　　　　　 　　男 明 昭

　　　　 　　　　　　　　　 女 大 平 　　　 年　　　 　月 　 　日生 年齢 　 　　　才

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL

主な介護者　　氏名 　　　　　　　　　　　　　 　　　　　続柄

　　　　　　　住所

　TEL 　　　　　　　　 　　 　 TEL

申込者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　所属　　　 　　　　　　　　　　　 　　 TEL

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職種　　　　　　　 　　　　　　　 　　 FAX

主　治　医　医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科

他科受診（通院）□ なし

　　　　 　　 □ あり　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医院　　　　　　　　　　 　　　　　科

医 療 保 険 □ なし

□ 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　 □ 正常. □Ｊ1. □Ｊ2. □Ａ1. □Ａ2. □Ｂ1. □Ｂ2. □Ｃ1. □Ｃ2.

痴呆老人自立度　 □ 正常. □Ⅰ. □Ⅱａ. □Ⅱｂ. □Ⅲａ. □Ⅲｂ. □ 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

　医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科 　　　 　TEL

病　　名

ﾊﾞｲﾀﾙｻｲﾝ

投薬状況

　　　　　　　　　　　一般社団法人　守口市歯科医師会

担当歯科医

　　　　　　　　　　　　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