

訪問歯科診療申込書

令和 年 月 日
受付者()

相談者	ご氏名(豊中 はなこ) 職種()
	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 患者家族 <input type="checkbox"/> その他 ケアマネ・訪問看護師・医師・保健師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・ヘルパー・社会福祉士・介護福祉士・事務職員・その他() 所属施設名() 電話番号() 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・病院・診療所(医科)・歯科診療所(地区含まず)・保健所・その他()
ケアステーションを知った経緯	ポスター・チラシで知った・保健所、地域包括Cからの紹介・研修会で知った・ ケアマネから紹介 ・訪問看護ステーションから紹介・介護老人福祉施設から紹介・介護老人保健施設から紹介・介護療養型医療施設から紹介・病院、診療所から紹介・主治医から紹介・知人、友人から紹介・その他()

担当ケアマネ	ご氏名(大阪 とよこ) 所 属(〇〇ケアプランセンター) ・ 電話番号(06-〇〇〇〇-△△△△)
--------	---

フリガナ	トヨナカ タロウ
受診希望者ご氏名	豊中 太郎
性別・年齢	男 ・ 女 (80) 歳
訪問先住所	豊中市 〇〇町〇-〇
歯科医師からの電話連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 電話相談者へ (電話番号 : 06-△△△△-〇〇〇〇) <input type="checkbox"/> 受診希望者ご本人へ (電話番号 :) <input type="checkbox"/> その他() (電話番号 :)
要支援・要介護	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
歯科治療依頼内容	義歯調整 歯や口の痛み・歯茎の腫れ・歯や口の汚れ・歯の欠損 口臭・摂食嚥下障害・口腔乾燥・顎がはずれる・歯石除去 なるべく詳しくご記入下さい []
その他 相談依頼内容	食べこぼし・飲み込めない・食事量減少・味覚障害・その他() 口腔ケア ・ 周術期口腔機能管理
入れ歯	総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ なし
かかりつけ歯科医	あり (診療所名 所在地) ・ なし ↳ かかりつけ歯科医の往診を 希望する ・ 希望しない ・ どちらでもよい