

在宅要介護者訪問歯科健診連絡表

※お電話だけでもお申し込みいただけます。

【申込日】令和 年 月 日

申込者氏名			
患者さんとの関係	<input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他()		
電話番号		FAX番号	

利用者(患者さん)氏名	ふりがな	男・女
生年月日	年 月 日 満 歳	
住 所	〒 横浜市 泉 区	
電話番号		※本会より連絡する場合の電話番号
介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ↳ <input type="checkbox"/> 医科の訪問診療介入有無 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
・生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・医療保険 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
・障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
・かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・かかりつけ主治医 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
医院・医師名	電話番号	医院・医師名 電話番号
患者さんの状態(環境)		
<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 自力で移動できる <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要		
訪問健診希望曜日		駐車スペース
	月 火 水 木 金 土 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
午前		
午後		

お申し込み後、本会歯科医院よりご連絡をさせていただきます。

お申込FAX番号:0120-740-647

泉区歯科医師会 泉区在宅歯科医療連携室