

泉区歯科医師会 歯科訪問診療相談室

医療介護両用 【歯科訪問診療・口腔のケア申込書】 申込日 年 月 日

※お申し込みの場合は、わかる範囲内で記入してください。電話での申し込みの場合は不要です

ふりがな *患者氏名	(男・女)	*申込者氏名 患者との関係		
生年月日	M・T・S・H	年	月	日生(歳)
郵便番号 *患者住所	〒 連絡先電話 横浜市泉区			
住宅状況	1 一戸建て 2 集合住宅	__建ての __階、エレベーター(有・無)		
*駐車場	1 自宅に駐車できる 2 近隣に駐車できる 3 駐車場無し			
*要介護認定	1 要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 2 認定無し			
介助の要否	1 介助不要 2 部分介助 3 全面介助 4 その他 ()			
日常生活動作	1 寝たきり 2 起き上がることはできる 3 寝たり起きたり 4 移動できる			
介護者	氏名	続柄	電話番号	介護の状況
				終日・昼間のみ・夜間のみ・その他()
				終日・昼間のみ・夜間のみ・その他()
現在の患者の *口腔内症状	1 むし歯 2 歯茎痛 3 取れた 4 入れ歯 5 口腔のケア 6 その他			
その他 なんでも 記載欄				
医科的疾患	1 心疾患 2 脳血管疾患 3 高血圧 4 糖尿病 5 その他()			
訪問希望時間	月・火・水・木・金・土・日 (昼頃・夕方・夜)			

曜日時間はだいたいの目安としてご記入ください。詳しくは電話での対応で決定します。

*かかりつけの歯医者さん	歯科医院名	所在地	市・区
かかりつけのお医者さん	医科医院名	所在地	市・区
保険の種類	1 国保 2 社保 3 後期高齢者 4 生活保護 5 その他()		

相談室 お申し込み専用FAX番号 0120-740-647