

寝たきり高齢者等訪問歯科診療申込書

申込日：令和 年 月 日

受診者	住所 〒 -	電話 () -	
	フリガナ	生年月日	年齢
	氏名	大正・昭和・平成・令和	歳
	自宅 ・ 施設入所中 ・ 入院中	年 月 日	男 ・ 女
申込者	住所	電話 () -	
	氏名	受診者との関係	

保険証の種別・・・社保（本人 ・ 家族）・国保 ・ 生保 ・ 後高 ・ その他

【申込理由】 該当するもの全てに○でかこんでください

- | | |
|---------------------|--------------|
| 1. 痛みがある（ 歯 ・ 歯ぐき ） | 2. 歯ぐきがはれている |
| 3. 入れ歯が合わない | 4. 入れ歯を作りたい |
| 5. 物がよくかめない | 6. その他 { } |

- ◎ 駐車場 有 () 台分 ・ 無
- ◎ 介護度 ()
- ◎ デイサービス（デイケア）利用 (有 ・ 無)
 - ※有の方のみ ・ 週に () 回利用
- ◎ 歯科以外の受診 (有 ・ 無)
 - ※有の方のみ ・ 受診方法について (通院 ・ 往診)
 - ※通院の方のみ ・ 月に何回通院していますか () 回
- ◎ 訪問の希望曜日を○で囲んで下さい。(月 火 水 木 金 土)
- ◎希望する歯科医院がございましたらご記入下さい。また、今回訪問診療を受診されるにあたりご希望がございましたらご記入下さい。

{ }

※担当医・訪問日時等は、後日ご連絡致します。
原則として治療の際、介護者の立会いを必要とします。

訪問先周辺見取り図 (駐車場を書き入れて下さい)

寝たきりとなった時期	昭和 ・ 平成 年 月 日頃
寝たきりとなった理由	・脳血管障害 ・心疾患 ・骨関節疾患 ・外傷 ・リウマチ ・老衰 ・認知症 ・その他 ()
寝たきりの程度	1. 一日中ベッド上で過ごし日常生活ではほとんど介助を要する 2. 屋内での生活は何らかの介助を要し日中もベッド上での生活が主であるが座位を保つことは出来る 3. 屋内での生活は、ほぼ自立しているが介助なしには外出しない
血 圧	最高血圧値 () 最低血圧値 ()
心身状態	・聴力障害 ・視覚障害 ・言語障害 ・認知症 ・身体障害者手帳 級 ・障害の内容 ()
肺炎になったことがありますか	1. ある 2. なし
医科主治医名	病院 先生 医院 TEL