

(様式 5)

堺市口腔保健センター

宛

大阪狭山市・堺市美原区
歯科医師会事務局

記入者名	ふりがな おおさか はなこ 大阪 花子
所属・間柄等	〇〇ケアプランセンター 担当ケアマネジャー
連絡先	TEL 072 (〇〇〇)〇〇〇〇 その他

歯科訪問診療申込書

(わかる範囲内でご記入ください)

申込日 〇年 〇月 〇日

受診者 お名前	ふりがな さかい たろう 堺 太郎 男 ・女	生年月日 大正 昭和 〇〇年 〇月 〇日 (〇〇 歳)
ご住所	〒 堺市 〇〇区	TEL 072 (〇〇〇)〇〇〇〇 FAX () その他

介護者 お名前	ふりがな	本人との間柄(詳しく)
ご住所	〒	TEL () FAX () その他

介護支援 専門員	ふりがな おおさか はなこ お名前 大阪 花子	所属 〇〇ケアプランセンター
連絡先	〒 堺市 〇〇区	TEL 072 (〇〇〇)〇〇〇〇 FAX 072 (〇〇〇)〇〇〇〇 その他

(診療希望者の状況)

主 訴	1 入れ歯 …… 破損、痛み、作成、調子が悪い 2 歯が …… 痛い、ぐらぐらする、虫歯、とれた 3 歯ぐきが …… 痛い、腫れている、出血 4 口腔ケア …… 口臭、清掃、嚥下機能訓練	その他
かかりつけ 歯 科 医	あり (医院名) ・ なし	TEL () FAX ()
主 治 医	お名前 所属	TEL () FAX ()
主たる病名	脳梗塞後遺症 ・ 高血圧症 ・ その他	
可能な姿勢	・ いすに座る ・ 車いすに乗る ・ ベッド等を 起 した状態 ・ 寝たままの状態 特記事項 ()	
介護区分	(要支援) 1 2 (要介護) 1 2 3 4 5	身障手帳 有 (1 級) ・ 無

堺市口腔保健センター
大阪狭山・堺市美原区歯科医師会事務局

FAX 072-243-3088
FAX 072-368-6657