

一般社団法人 堺市歯科医師会  
堺市在宅歯科ケアステーション  
(堺・中・東・西・南・北区在住の方)

宛

一般社団法人  
狭山美原歯科医師会事務局  
(美原区在住の方)

記入者名	ふりがな おおさか はなこ <b>大阪 花子</b>
所属・間柄等	〇〇ケアプランセンター 担当ケアマネージャー
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 <b>堺 太郎</b> 男・女	生年月日 大正 昭和 〇〇年 〇月 〇日 ( 〇〇 歳)
ご住所	〒 <b>堺市 〇〇区</b>	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 <b>大阪 花子</b>	所属 <b>〇〇ケアプランセンター</b>
連絡先	〒 <b>堺市 〇〇区</b>	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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 入れ歯 …… 破損、痛み、作成、調子が悪い</li> <li>2 歯が …… 痛い、ぐらぐらする、虫歯、とれた</li> <li>3 歯ぐきが …… 痛い、腫れている、出血</li> <li>4 口腔ケア …… 口臭、清掃、嚥下機能訓練</li> </ol>	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	<b>脳梗塞後遺症 ・ 高血圧症 ・ その他</b>	
可能な姿勢	・ いすに座る ・ 車いすに乗る ・ ベッド等を起こした状態 ・ 寝たまま 特記事項 ( )	
介護区分	(要支援) 1 2 (要介護) 1 2 <b>3</b> 4 5	身障手帳 <b>有</b> 1 級) ・ 無

堺市在宅歯科ケアステーション(堺・中・東・西・南・北区在住の方)  
一般社団法人 狭山美原歯科医師会事務局 (美原区在住の方)

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