

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 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 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	<ol style="list-style-type: none"> 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 3 4 5	身障手帳 有 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