在宅歯科診療申込書

※1　該当する□に☑を付けてください
※2　該当する項目を〇で囲んでください　　（個人・事業所共通）

申込年月日	令和　　年　　月　　日
（フリガナ） 受診者ご氏名	（　男・女　）
生年月日	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日　（　　歳　）
訪問先ご住所 電話番号	電話番号　（　　－　　－　　）
お困りの内容	□ 歯科健康診査　□ 歯が痛い □ 歯がしみる（冷たいもの・熱いもの）　□ かぶせたものが取れた □ 口の中が汚れている　□ 口の中がにおう気がする（口臭） □ 歯ぐきから出血している □ 入れ歯が痛くて食べられない　□ 入れ歯をつくりたい □ その他（　　）
備考	
希望する歯科医院	□有（　　）　□無
現在治療中の病気 医療機関名	医療機関名 病名
日常動作の状況 ※2	自力歩行可能・介助により歩行可能・車いすに乗れる・介助により起床可能であるが寝たきりに準ずる状態・常時寝たきり・その他（　　）
介護認定度　※2	要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５・その他（　　）
意思の伝達	□十分可能　□ 少し可能　□困難
歯みがき	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助　□ 行わない　□不明
うがい	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助　□ 行わない　□不明
認知症	□有　（　　）　□ 無
希望する日程 訪問を希望する曜日や時間帯をご記入ください	
日中の介護者	□家族（　　）　□ ヘルパー　□ 日中１人　□ その他（　　）

依頼者（ご連絡された方）

□　事業所	事業所名	職種	
		担当者名	
□　個人	（フリガナ） 氏名	受診者との続柄	
依頼者ご住所			
依頼者ご連絡先	電話番号		
	FAX 番号		
連絡方法（確認用）	□TEL（連絡可能日時　　）　□ FAX		

秋田県歯科医師会在宅歯科医療連携室行き FAX 018－862－9122