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○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**