

泉区歯科医師会 歯科訪問診療相談室

医療介護両用 【歯科訪問診療・口腔のケア申込書】 申込日 年 月 日

※お申し込みの場合は、わかる範囲内で記入してください。この用紙は必ず提出してください。

ふりがな 患者氏名	(男・女)		申込者氏名 患者との関係	
生年月日	M・T・S・H	年 月 日生 ( 歳)	血液型	型
郵便番号 患者住所	〒 連絡先電話 横浜市泉区			
住宅状況	1 一戸建て 2 集合住宅	__建ての __階、エレベーター(有・無)		
駐 車 場	1 自宅に駐車できる 2 近隣に駐車できる 3 駐車場無し			
要介護認定	1 要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 2 認定無し			
介助の要否	1 介助不要 2 部分介助 3 全面介助 4 その他 ( )			
日常生活動作	1 寝たきり 2 起き上がることはできる 3 寝たり起きたり 4 移動できる			
介 護 者	氏 名	続 柄	電 話 番 号	介 護 の 状 況
				終日・昼間のみ・夜間のみ・その他( )
				終日・昼間のみ・夜間のみ・その他( )
現在の患者の 口腔内症状  その他 なんでも 記載欄				
訪問希望時間	月・火・水・木・金・土・日 ( 昼頃・夕方・夜 )			

曜日時間はだいたいの目安としてご記入ください。詳しくは電話での対応で決定します。

※わかる範囲内で記入してください。

かかりつけの 歯医者さん	歯科医院名	所在地	市・区
かかりつけの お医者さん	医科医院名	所在地	市・区
保険の種類	1 国保 2 社保 3 後期高齢者 4 生活保護 5 その他 ( )		

相談室 お申し込み専用 F A X 番号 045-410-6258