

5. 往診

受付No. _____

訪問歯科診療(往診)申込書

平成 年 月 日

(一社)青森市歯科医師会 会長 殿

今般、在宅歯科診療(往診)の申し込みをしますので、よろしくお願い致します。

1. 申請者 住所: _____ 電話: _____

氏名: _____ 続柄(社名、職名)等: _____

2. 受診希望者

(ふりがな) 氏 名			(生年月日) 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生(歳)					
住 所 (訪問先)			(電話番号)					
介護認定	・ あり 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ・ なし	認知症の有無	あり ・ なし					
身体障害者手帳	・ あり _____ 級 (障害名 _____) ・ なし							
担当 ケアマネージャー	① いる (所 属: _____ 氏 名: _____ さん) ② いない							
主 訴	今回、歯科の往診を希望される理由を記入してください。(例)「上の入れ歯が壊れた」、「左下の前歯が痛む」等できるだけ詳しく							
現在の全身状態 について お尋ねします	① 椅子に移動できる ② ベッド上でなら起き上がれる ③ 寝たきり ④ その他 _____							
	介護が必要になった病名についてご記入ください。 a. 主病名 _____ b. 発病の時期 _____ 年 _____ 月頃から c. 現在の治療の有無 ① あり (通院 ・ 往診) ② なし _____ d. 現在のかかりつけ医 _____							
	上記以外の病名をご記入ください。							
コミュニケーション の可否について	① 可能 ② どうか可能 ③ 家族なら分かる ④ 不可能							
主な介護者	① 配偶者 ② 子供 ③ 親 ④ その他(_____)							
服薬について	① 血をサラサラにする薬 ② 骨そしょう症の薬 ③ 抗がん剤 ④ その他 _____							
以前に通っていた かかりつけの 歯科医院は?	① あり (歯科医院名 : _____) およそ(_____)年前に受診 ② なし							
歯科の往診を 受けられる日時		月	火	水	木	金	土	往診を受けられる日時に○を、 往診を受けられない日時に×を記入。 (必ずしもすべて記入出来なくても結構です)
	午前							
	午後							

【提出先】(一社)青森市歯科医師会

〒030-0811 青森市青柳1-3-11 TEL:017(734)5695 FAX:017(773)5665