申し込み日　令和　　年　　月　　日　　※ No.

乙訓口腔サポートセンター 訪問歯科診療申込書

申込者	フリガナ 氏名		受診者との続柄（申込者からみて） 親・配偶者・兄弟・子, ケアマネジャー, その他（　　）	
	住所	〒　　－	☎（　　）　　－ Fax（　　）　　－	
受診者	フリガナ 氏名		性別 男・女	生年月日 明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　歳）
	住所	〒　　－	☎（　　）　　－	
保険の種類		□医療保険（後期高齢者・国保・社保）　□重障老人　□福祉・公費（　　）		
往診先		□居宅　□病院・施設（名称:　　）		
	住所	〒　　－	☎（　　）　　－ Fax（　　）　　－	
申込み理由（主訴）		□歯（　　）　□入れ歯（　　）　□歯ぐき（　　） □口腔ケア（　　）□その他（　　）		
床につく原因になった疾患		□脳血管疾患（脳梗塞・脳出血等）　□心疾患　□神経系疾患　□外傷, 骨折　□糖尿病 □腰痛その他骨・関節疾患　□その他（　　）		
その他の全身疾患感染症等		□高血圧 □糖尿病 □肝疾患 □腎疾患 □認知症（軽・中・重）□アレルギー（　　） □感染症（B型・C型肝炎,　　）□その他（　　）		
お薬の情報				
身体状況		□病状安定 □寝たきり □準寝たきり □麻痺（　　）□座位可能 □うがい可能		
意思の疎通		□できる　□ときどきできる　□ほとんどできない　□できない		
介護認定		要支援（　）・要介護（　）	訪問時付添予定者	家族（続柄　　）・その他（　　）
かかりつけ医		医療機関名: 医師氏名：	☎（　　）　　－ Fax（　　）　　－	
ケアマネジャー		施設（事業所）名： 氏名：	☎（　　）　　－ Fax（　　）　　－	
かかりつけ歯科医		（有・無）歯科医院名：	☎（　　）　　－	

訪問先の簡単な地図（わかりやすい目印も）	駐車場・車の横付け 可　・　否	その他・通信欄 （介護サービス状況等）

乙訓口腔サポートセンター フリーダイヤル FAX (0120) 092-593
（オトクニ　コウクウサポート）