

訪問診療申込書(歯科)

記載日 年 月 日

情報提供先



申込者(事業所・氏名)

※ソーシャルワーカー・ケアマネジャー・その他 ()

連絡先 TEL :

1. 基本情報

氏名 <small>ふりがな</small> (男・女)		生年月日 年 月 日 (歳)					
住所 古河市		訪問時駐車スペース <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
電話		[場所 ⇒]					
家族構成 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯 <small>主介護者:</small> 年齢 歳 続柄		現在の療養状況 <input type="checkbox"/> 在宅療養中 <input type="checkbox"/> 入院中(医療機関名) ※退院予定日(月 日予定) <input type="checkbox"/> 施設入所中(施設名) <input type="checkbox"/> その他 ()					
要介護度		①デイサービス、デイケア ②ショートステイ ③ヘルパー ④訪問看護 ⑤訪問リハビリ ⑥訪問入浴介護 ⑦その他 ()					
現在利用中のサービスについて、サービス番号を表にご記入ください。							
	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							
夜間							

2. 診断名・現在の状況

お困りの内容

<input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる	<input type="checkbox"/> 歯肉が腫れている
<input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい	<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない、こわれた
<input type="checkbox"/> □の中が匂う(口臭)	<input type="checkbox"/> □の中が汚れている
<input type="checkbox"/> 詰め物、かぶせ物が取れた	<input type="checkbox"/> □内炎が痛い
<input type="checkbox"/> 上手く飲み込めない	<input type="checkbox"/> その他 ()

かかりつけ歯科医院の有無 有 無 (歯科医院名)

お体の状態

※主治医が記載する場合は、通常の診療情報提供書に添付(上記の情報を付記しても可)してください。
古河市在宅医療・介護連携推進協議会