

※本申込書はコピーしてご利用ください。

東温市歯科医師会ホームページ(<http://www.toon-dental.com>)からもダウンロードできます。

## 在宅歯科医療申込書

東温市在宅歯科医療連携室宛

申込日：令和 年 月 日

患者	ふりがな				TEL		
	氏名						
	住所	〒					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年	月	日	生まれ ( 歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
親族代表者	氏名			続柄		TEL	
介護保険	<input type="checkbox"/> 認定あり		要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			<input type="checkbox"/> 介護認定なし	
	平成・令和 年 月 日		要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
健康保険	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 公費負担者番号( )						

依頼者	氏名				TEL	
	住所				FAX	
	続柄	本人・同居家族・他の親族・介護関係者・病院関係者・その他				具体的に

主訴		具体的に
<input type="checkbox"/>	歯が痛い	
<input type="checkbox"/>	入れ歯	
<input type="checkbox"/>	その他	
<input type="checkbox"/>	口腔ケア希望	

訪問場所	居宅・施設・病院・その他	施設等の名称:	駐車場	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
住所			TEL	
通院できない理由	かかりつけ歯科医院	<input type="checkbox"/> あり ( 歯科医院)		
		<input type="checkbox"/> なし		
	担当ケアマネージャー	氏名		
		電話		
寝たきりの原因	脳卒中・パーキンソン・リュウマチ・骨折・その他( )			
特に希望する事柄 (曜日時間等)				

東温市在宅歯科医療連携室 FAX:089-903-1226