

訪問歯科診療申込書（松山市一般用）

平成 年 月 日

総合歯科医療連携室宛

Fax 089-947-8654

☎ 089-932-5407

申込者情報	
住所	
氏名	
電話	Fax

フリガナ 患者氏名			<input type="checkbox"/> 男	生年	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平		
			<input type="checkbox"/> 女	月日	年	月	日 (歳)
訪問先住所	〒						
	電話	-				訪問時の駐車場 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
訪問希望日 時間帯 希望する時間を、ご記入ください（複数可）	曜日	月	火	水	木	金	土
	午前						
	午後						
申込理由	<input type="checkbox"/> お口のケア <input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 入れ歯						
	<input type="checkbox"/> その他 ()						
通院困難の理由	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 病気などの後遺症						
	通院困難の原因の病名 ()						
お口及び 全身の状態	<input type="checkbox"/> 口が汚れている <input type="checkbox"/> 口が臭う <input type="checkbox"/> 歯が痛い						
	<input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> かめない <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない						
	<input type="checkbox"/> 食べ物を飲み込みにくい <input type="checkbox"/> むせやすい						
	<input type="checkbox"/> 胃瘻をしている <input type="checkbox"/> 体重の増減が激しい						
	<input type="checkbox"/> その他 ()						
服用している薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬名:)						
かかりつけ 歯科医院	<input type="checkbox"/> あり (医院名)						
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明						
介護認定	<input type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)						
	<input type="checkbox"/> 無						

担当歯科医師が決まりましたら**申込者様**へご連絡致します。
訪問日時・時間帯はご期待に沿えない場合もありますが
ご了承ください

連携室	事務