

歯科訪問診療申込書

WEBまたはFAXにてお申込みください。
 受付後、確認のお電話をさせていただきます。

福岡市歯科医師会 地域連携室
FAX 092-781-6512

※印の箇所は必ずご記入し、ご不明な点は空欄のままご提出ください。

記入日 令和 年 月 日

※依頼者氏名		※所属・職種・続柄			
依頼者住所		※TEL	- - 日中連絡が付きやすい番号をご記入ください		
※患者様氏名	フリガナ	生年月日	M・T・S・H		※年齢 歳
	男・女		年 月 日		
※訪問先住所	〒	※訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院		
		※TEL	- -		
※駐車場	<input type="checkbox"/> 敷地内に駐車可能 <input type="checkbox"/> 付近に駐車可能 <input type="checkbox"/> コインパーキング有 <input type="checkbox"/> その他()				
かかりつけ歯科医	かかりつけ歯科医がいる場合はご記入ください				
主治医	医院名： 医師名：		TEL： - -		
かかりつけ薬局	薬局名： TEL： - -				
※要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> その他 (通院できない理由：)				
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (級)		障がい者医療証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
生活保護受給	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		被爆者健康手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
※症状	当てはまる症状に <input checked="" type="checkbox"/> をいれてください <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐら動く <input type="checkbox"/> 飲み込みが悪い <input type="checkbox"/> 噛めない <input type="checkbox"/> 口内炎や傷がある <input type="checkbox"/> 口の中が汚れている <input type="checkbox"/> 口が臭う <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> その他 ()				
※基礎疾患	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞・狭心症 <input type="checkbox"/> 脳卒中 (麻痺：右・左) <input type="checkbox"/> 感染症 (HBV・HCV・HIV・その他【 】) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他()				
普段の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 介助があれば歩行可能 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他()				
訪問希望日時	曜日 (午前・午後 : ~ :)				
その他 (生活状況など)	例：寝たきりで通院できない、内科医に往診してもらっているなど				

ご本人やご家族に説明の上ご利用ください。個人情報の取扱にはご注意ください。

服薬情報・訪問看護サービスなどのご利用状況を別紙にてご提出ください。

福岡市歯科医師会 地域連携室
 TEL:092-781-6801 / 090-9579-5949(直通)
 FAX : 092-781-6512

個々の情報は、地域連携室で管理させていただきます。

申込者氏名 _____
 (続柄)