

# 在宅歯科医療申込書

今治市・越智郡在宅歯科医療連携室宛

申込日：平成 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 | 年 | 月  | 日 | 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<br>平成 年 月 日   |  |   | 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2  |   | <input type="checkbox"/> 介護認定なし |   |
|       |   |  |   | 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"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>公費負担者番号 ( ) |  |   |  |   |                                 |   |

|     |    |                                      |  |  |  |     |  |
|-----|----|--------------------------------------|--|--|--|-----|--|
| 依頼者 | 氏名 |                                      |  |  |  | TEL |  |
|     | 住所 |                                      |  |  |  | FAX |  |
|     | 続柄 | 本人・同居家族・他の家族・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"/> 口腔ケア |      |
| <input type="checkbox"/> その他  |      |

|                   |                               |     |                                     |  |     |  |
|-------------------|-------------------------------|-----|-------------------------------------|--|-----|--|
| 訪問場所              | 居宅・施設・病院・その他 ( )              |     |                                     |  | 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<br>歯科医院                 |     | <input type="checkbox"/> あり ( 歯科医院) |  |     |  |
|                   |                               |     | <input type="checkbox"/> なし         |  |     |  |
|                   | 担当<br>ケアマネージャー                |     | 氏名                                  |  |     |  |
|                   |                               | TEL |                                     |  |     |  |
| 寝たきりの原因           | 脳卒中・パーキンソン・リウマチ・骨折・老衰・その他 ( ) |     |                                     |  |     |  |
| 希望する事<br>(曜日・時間等) |                               |     |                                     |  |     |  |

今治市・越智郡在宅歯科医療連携室

今治市 (旧今治市) TEL. 090-2786-2803 FAX. 0898-32-2314

朝倉・大西・菊間・玉川・波方エリア TEL. 0898-54-5061 FAX. 0898-54-3911  
(TEL受付は月～金曜日10時～17時)

大島・大三島・伯方・上島町 FAX. 0897-75-3286 (FAX対応のみ) ●FAXは24時間対応

業務時間は、午前9時～12時・午後2時～5時、土曜・日曜・祝日はお休みです。