※本申込書はコピーしてご利用下さい。

在宅歯科医療申込書

今治・越智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	□明 □大 □昭　　年　　月　　日生まれ	歳	□男 □女	
親族代表者	氏名		続柄	TEL	
介護保険	□ 認定あり 平成　　年　　月　　日	要支援 □1 □2 要介護 □1 □2 □3 □4 □5	□ 介護認定なし		
健康保険	□ 社会保険 □ 国民健康保険 □ 生保 □ 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
□	歯 が 痛 い	
□	入　れ　歯	
□	そ　の　他	
□	口腔ケア希望	

訪問場所	居宅・施設・病院・その他（　　）	駐車場 □あり・□なし	
住　所		TEL	
通院できない理由	かかりつけ歯科医院	□ あり（　　歯科医院）	
		□ なし	
	担当ケアマネジャー	氏名	
		電話	
寝たきりの原因	脳卒中・パーキンソン・リウマチ・骨折・その他（　　）		
特に希望する事柄 （曜日時間等）			

今治 FAX：0898−32−2314 ・ 越智 FAX：0898−54−3911