歯 科 訪 問 申 込 書

お申込みはFAXで　FAX：06－6634－1648（なにわ区在宅歯科ケアステーション）

お申込み年月日　：　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ 患者様氏名		性別	生年月日	年齢
		□男　□女	M ・ T ・ S　　年　　月　　日	歳

住　所 □自宅 □入所施設	施設入所の方は施設名　：
	大阪市　浪速区 ☎　：　　（　　）　　＊FAX番号　：　　（　　）

【主訴/相談内容】　＊現在気になっているお口の中の症状　　※治療に限らず検診や相談でも結構です。

□往診依頼　□在宅医紹介　　（□緊急依頼　□調整可能　）

ご本人の様子 （ADL・意志疎通）	歩行　：□困難（□寝たきり　□車いす使用）　□介助で可能（□シルバーカー）　□可能 座位　：□困難　□介助で可能（□ギャジアップ　□背もたれ）　□可能 意思疎通　：□困難　□可能（□軽度認知あり）　□支障なし 感染症　：□無　□有（　　） 要介護度　：□要支援　□要介護　（　　）
家族構成 保険の種類	□独居　□同居（□夫婦二人暮らし　□子ども家族） □後期高齢　□国保本人・社保本人　□国保家族・社保家族　□生保
疾 患 名 （治療中の病名）	
飲んでいる薬	抗血栓薬　骨粗しょう症薬　ステロイド　精神・抗不安薬　その他（　　）
以前通院の歯科医院名	歯科医院（　　先生）　浪速区（　内　・　外　）

かかりつけ 医療機関名	主治医氏名	先生	電話番号	
	医療機関名			
介護保険情報	事業所名			
	ケアマネ氏名			
	連絡先	☎　；　　（　　）　　、FAX　；　　（　　）		
初回の 連絡方法	□本人　□家族　□ケアマネ ・往診日のご都合 ➡　希望日時　： ＊往診希望の場合駐車スペース　□無　□有			
ご依頼者情報	ご依頼者名		□家族　□知人　□事業所等（＊下記記入）	
	連絡先	☎　：　　（　　）　　FAX　：　　（　　）		
	所属機関名（＊）			
その他	＊生保の場合は担当者（CW）名　：			

ご提供いただいた情報は、当医院の個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し厳密に保管管理致します。

一般社団法人　浪速区歯科医師会　　なにわ区在宅歯科ケアステーション