

寝たきり高齢者等訪問歯科診療申込書

申込日：令和 年 月 日

受診者	住所 〒 -	電話 () -	
	フリガナ	生年月日	年齢
	氏名	大正・昭和・平成・令和	歳
	自宅 ・ 施設入所中 ・ 入院中	年 月 日	男 ・ 女
申込者	住所	電話 () -	
	氏名	受診者との関係	

保険証の種別・・・社保（本人 ・ 家族）・国保 ・生保 ・後高 ・その他
【申込理由】 該当するもの全てに○でかこんでください

1. 痛みがある（ 歯 ・ 歯ぐき ）
2. 歯ぐきがはれている
3. 物がよく噛めない
4. 入れ歯を作りたい
5. 入れ歯が合わない
6. その他 []
7. 定期的に歯の専門的な清掃をして欲しい

寝たきりとなった時期	昭和・平成・令和 年 月 日頃	
寝たきりとなった理由	・脳血管障害 ・心疾患 ・骨関節疾患 ・外傷 ・リウマチ ・老衰 ・認知症 ・その他 ()	
寝たきりの程度	1. 一日中ベット上で過ごし日常生活ではほとんど 介助を要する 2. 屋内での生活は何らかの介助を要し日中もベット 上での生活が主であるが座位を保つことは出来る 3. 屋内での生活は、ほぼ自立しているが介助なし には外出しない	
血 圧	最高血圧値 () 最低血圧値 ()	
心身状態	・聴力障害 ・視覚障害 ・言語障害 ・認知症 ・身体障害者手帳 級 ・障害の内容 ()	
肺炎になったことがありますか	1. ある 時期： 2. なし	
医科主治医名	病院	先生
	医院	TEL

- ◎ 駐車場 有 () 台分 ・ 無
- ◎ 介護度 ()
- ◎ デイサービス（デイケア）利用 (有 ・ 無)
※有の方のみ ・週に () 回利用
- ◎ 歯科以外の受診 (有 ・ 無)
※有の方のみ ・受診方法について (通院 ・ 往診)
※通院の方のみ ・月に何回通院していますか () 回
- ◎ 訪問の希望曜日を○で囲んで下さい。(月 火 水 木 金 土)
- ◎希望する歯科医院がございましたらご記入下さい。また、今回訪問診療
の受診に際し、希望や伝えておきたい内容がございましたらご記入下さい

【
※担当医・訪問日時等は、後日ご連絡致します。
原則として治療の際、介護者の立会いを必要とします。
】

訪問先周辺見取り図
(駐車場を書き入れて下さい)

鹿児島市歯科医師会 TEL：222-0574 FAX：222-0511