

寝たきり高齢者等訪問歯科診療申込書					◎ 駐車場 有 () 台分 ・ 無			
				申込日：令和 年 月 日		◎ 介護度 ()		
受診者	住所 〒 -			電話 () -		◎ デイサービス（デイケア）利用 (有 ・ 無)		
						※有の方のみ ・ 週に () 回利用		
	フリガナ			生年月日	年齢	◎ 歯科以外の受診 (有 ・ 無)		
	氏名			大正・昭和・平成・令和	歳	※有の方のみ ・ 受診方法について (通院 ・ 往診)		
自宅 ・ 施設入所中 ・ 入院中			年 月 日	男 ・ 女	※通院の方のみ ・ 月に何回通院していますか () 回			
申込者	住所			電話 () -		◎ 訪問の希望曜日を○で囲んで下さい。(月 火 水 木 金 土)		
	氏名			受診者との関係		◎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		
					【 〇 】			
保険証の種別・・・社保（本人 ・ 家族）・国保 ・ 生保 ・ 後高 ・ その他					◎担当医・訪問日時等は、後日ご連絡致します。			
【申込理由】 該当するもの全てに○でかこんでください					原則として治療の際、介護者の立会いを必要とします。			
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					訪問先周辺見取り図 (駐車場を書き入れて下さい)			
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						
					鹿児島市歯科医師会 TEL：222-0574 FAX：222-0511			