【訪問歯科申込書・同意書】

申込者	住所		TEL
	氏名		
受付年月日	令和　　年　　月　　日	連絡先	
訪問先	ﾌﾘｶﾞﾅ		
	氏名		受診者との関係
	（　男　・　女　）		
	生年月日	（大・昭・令）　年　月　日（　歳）	自宅・施設・病院・その他（　　）
	住所		駐車スペース　有　・　無
	介護保険認定	申請中	要介護　1　・2　・3　・4　・5
	保険の種類	1国保　2社保　3その他（生保等）	後期高齢者　有　・　無
申し込み理由（主訴）	1）歯が痛い 2）歯ぐきがはれている 3）出血している 4）入れ歯が壊れた・合わない・痛い・新しくしたい	5）口臭がある 6）口腔清掃ができない 7）その他 ＊いつから　月　日	
訪問希望日時			
かかりつけ歯科医院	有　・　無	医院名	
TEL			
病気の経歴	□ 脳血管疾患 □ 心疾患 □ 糖尿病 □ 高血圧	□ がん（ □ 認知症 □ パーキンソン病 □ その他	＜特記事項＞
全身状態	感染症の有無	1）有　（　　）　2）無	
	常用薬の有無	1）有　（　　）　2）無	
	仰臥状況	1）寝たきり　2）準寝たきり　3）その他	
	移動状況	1）全介助　2）一部介助　3）自立	
	意思の疎通	可　・　不可	
	座位保持	1）可能　2）短時間可能（　　）分　3）不可	
口腔状態	食事様式	（自力　・　部分介助　・　全介助）	うがい　（可・否）
	食事形態	1）普通食　2）きざみ　3）とろみ　4）ペースト　5）胃ろう	
訪問状況	無　・　有	（医師・看護師・保健師・ヘルパー・ケアマネージャー） その他（　　）	
介護者	名前		TEL
	続柄	1）本人　2）家族　3）介護・病院関係者　4）その他（　　）	
主治医	医院名	主治医名	TEL
ケアマネージャー	氏名	所属先	TEL

私は訪問歯科治療・口腔ケアの説明内容に同意しましたので、訪問診療・口腔ケアをお任せします。

同意者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄（　　）

送付先　FAX：354-8513

（四日市歯科医師会口腔ケアステーション・訪問歯科診療所宛）