

(様式 5)

堺市口腔保健センター

宛

大阪狭山市・堺市美原区

歯科医師会事務局

記入者名	ふりがな
所属・間柄等	
連絡先	TEL () その他

歯科訪問診療申込書

(わかる範囲内でご記入ください)

申込日 年 月 日

受診者 お名前	ふりがな 男・女	生年月日 大正・昭和 年 月 日 (歳)
ご住所	〒	TEL () FAX () その他

介護者 お名前	ふりがな	本人との間柄(詳しく)
ご住所	〒	TEL () FAX () その他

介護支援 専門員	ふりがな お名前	所属
連絡先	〒	TEL () FAX () その他

(診療希望者の状況)

主 訴	1 入れ歯 …… 破損、痛み、作成、調子が悪い 2 歯が …… 痛い、ぐらぐらする、虫歯、とれた 3 歯ぐきが …… 痛い、腫れている、出血 4 口腔ケア …… 口臭、清掃、嚥下機能訓練	その他
かかりつけ 歯 科 医	あり (医院名) ・ なし	TEL () FAX ()
主 治 医	お名前 所属	TEL () FAX ()
主たる病名		
可能な姿勢	・ いすに座る ・ 車いすに乗る ・ ベッド等を起こした状態 ・ 寝たまま 特記事項 ()	
介護区分	(要支援) 1 2 (要介護) 1 2 3 4 5	身障 手帳 有(級) ・ 無

堺市口腔保健センター

FAX 072-243-3088

大阪狭山・堺市美原区歯科医師会事務局

FAX 072-368-6657