訪問歯科診療申込書

＊必要事項をご記入のうえ、FAX（044-819-4457）あるいはメールに添付して
k-renkei@kawashi.or.jp までお送りください。

申込日　令和　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	
お名前	男 女	大正・昭和・平成 年　月　日生　才	
ご住所 独居・同居（　　）		連絡先	□自宅 □予約連絡先（　　） →
申込者お名前	ご本人との続柄		

保険種類	□ 健康保険加入　□ 生活保護　□ 重度障害者医療証　□ 身体障害者手帳　　級 □ 要介護度（ 自立　要支援 １・２　要介護 １・２・３・４・５ ）
主訴	□歯が痛い　□腫れている　□入れ歯が合わない・壊れた　□噛みにくい □飲み込みにくい　□健診　□ 口腔ケア □食べる・飲み込む機能の検査・評価 □食べる・飲み込む機能の訓練 □その他（　　）
義歯の使用	□ 有（　上（総・部分）　/　下（総・部分）　□ 無
既往歴・その他 （アレルギーの有無、通院困難理由、主治医からの注意事項、患者様の状態等もご記入下さい）	
服用薬	□ なし　□ あり（当日おくすり手帳あるいは薬剤情報書類をご用意ください）
現在医科での受診	□ あり　（医療機関名　　）□ なし
歩行状態	□ 寝たきり　□ 一部介助　□ 全介助　□ 車いす
会話・コミュニケーション	□ 出来る　□ 出来ない
歯科受診歴	□ なし □ あり（　　年前　歯科医院名：　　） →偶発事故　□なし　□不明　□あり（脳貧血・ショック・止血遅延・薬物アレルギー）
本人週間予定 （ヘルパー・デイサービス等）	□ 月曜　（AM：　　PM：　　） □ 火曜　（AM：　　PM：　　） □ 水曜　（AM：　　PM：　　） □ 木曜　（AM：　　PM：　　） □ 金曜　（AM：　　PM：　　） □ 土曜　（AM：　　PM：　　） □ 日曜　（AM：　　PM：　　）
駐車スペース	□ なし □ あり　（　車の横付け可能　・　付近の駐車場　・　有料駐車場　）
担当ケアマネジャー	□ お名前　□ 事業所名 □ 電話番号　□ FAX 番号

お問合せ先　川崎市歯科医師会地域連携室 TEL 0120 -390-418