**訪問歯科診療・口腔ケア申込書**

FAX 　045-785-3401

必要事項をご記入、☑**しFAXして下さい。**

申込日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | 様 | 続柄 |  | TEL |  |
| 担当ケアマネジャー | 様 | 事業所名 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  受診希望者 | 様　（　男　・　女　） |
| 生年月日 | (大・昭・平)　　　　　年　　　　　月　　　　　日生　（　満　　　　　歳　） |
| 訪問先住所 | 横浜市金沢区 |
| 電話番号 |  |
| 主訴 | □ 痛みがある　　□ 腫れている　　□ 入れ歯の不具合　　□ 口腔ケア  □ のみ込みにくい　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 全身疾患 | □心疾患　　□脳血管疾患　　□高血圧　　□糖尿病　　□認知症  □その他（　　　　　　　　　　　） |
| 介護認定 | □非該当　□要支援1　□要支援２　□要介護1　□要介護2　□要介護3　　□要介護4　□要介護5　□申請中 |
| かかりつけ  歯科医院 | □あり　歯科医院名  □なし |
| かかりつけ  医院（主治医） | □あり　医院名 |
| □なし |

訪問診療希望日時を教えてください。（希望日に○、ダメな日に×）

ご自宅の駐車スペース

□あり　□なし

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午前 |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  | **金沢区在宅医療相談室** |

TEL **045-782-5031**