訪 問 歯 科 診 療 申 込 書

申込日：　　年　　月　　日

基本情報

氏　名	男・女	生　年 月　日	明治・大正・昭和・平成 年　　月　　日（　　歳）
住　所		TEL　　（　　）	
申込者氏名	本人の続柄	連絡先；住所 TEL	
主治医名	氏名　（　　病院　　科）TEL　　（　　）		
	氏名　（　　医院）TEL　　（　　）		
居宅介護支援事業所名：　　TEL　　（　　） 担当ケアマネジャー名：　　TEL　　（　　）			

本人（患者）の状況

主訴：本人が困っている事項	・歯が痛い　・入れ歯が合わない　・入れ歯が壊れた ・その他（　　）
全身状況：病名等	・脳血管疾患　・神経疾患　・心疾患　・肝疾患　・腎疾患 ・糖尿病　・骨粗鬆症 ・その他（　　）
感染症の有無　①無　②有　(感染症名：　　) 服薬の有無　①無　②有　(薬品名：　　) 薬物アレルギー　①無　②有り　(薬品名：　　)	
介護認定　①無　②有　(介護度：　　) 認知症状　①無　②有 寝たきり状態　①無　②有 座位　①可　②介助にて可　③不可 義歯装着　①有　②無 うがい　①できる　②できない	
その他	

※　上記項目で不明な箇所については空欄のままで提出ください。

申込み先：富山県歯科医師会　在宅歯科医療連携室
〒930－0887　富山市五福字五味原 2741－2　　TEL 076－432－4466　　FAX　076－442－4013

一般社団法人　富山県歯科医師会