

在宅要介護者訪問歯科健診連絡表

【申込日】令和 年 月 日

申込者氏名			
患者さんとの関係	<input type="checkbox"/> 家族()	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> その他()
電話番号		FAX番号	

利用者(患者)氏名	ふりがな	男・女	
生年月日	年 月 日 満	歳	
住所	〒 横浜市 区		
電話番号			
介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 医科の訪問診療介入有無 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
・生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・医療保険	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
・障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
・かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・かかりつけ主治医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
医院・医師名	電話番号	医院・医師名	電話番号

患者さんの状態(環境)

寝たきり 寝たり起きたり 自力で移動できる 移動に介助が必要

訪問健診希望曜日								駐車スペース
	月	火	水	木	金	土	日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
午前								
午後								

FAX 0120-458-557
 横浜市歯科医師会 歯科医療連携室