

鎌倉市歯科医師会 訪問歯科診療申込書

申込日 年 月 日

申込者お名前	患者様との関係
電 話	F A X

患者様氏名		性 別	男・女
生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	歳	
住 所	鎌倉市	電 話	
介護保険	有・無 有効期限 年 月 日～ 年 月 日	要介護度	負担割合 割
保 険 証	医療保険（1割・2割・3割）・生保・障害・その他（ ）		
主 訴	1、痛みがある 2、晴れている 3、よく噛めない 4、入れ歯が合わない 5、 飲み込むとむせる 6、食事に時間がかかる 7、口の中が汚れている 8、その他（ ）		
病 歴	認知症・脳梗塞・脳出血・パーキンソン・高血圧・心筋梗塞・狭心症・不整脈 心不全・心臓弁膜症・喘息・慢性気管支炎・肺気腫・肺炎・肝硬変・肝炎 慢性腎不全・透析・糖尿病・甲状腺機能（低下・亢進）症・骨粗鬆症 関節リウマチ・腰椎圧迫骨折・その他（ ）		
麻痺(歩行)	左上肢麻痺・右上肢麻痺・左下肢麻痺・右下肢麻痺・車いす移動・杖歩行 その他（ ）		
感 染 症	肝炎（HBs抗原・HCv抗体）・MRSA・結核・梅毒・HIV その他（ ）		
医療機関・主治医		医院名・TEL	医師名
担当 ケアマネジャー		TEL	F A X
ご家族 連絡先	第 1	氏名 続柄（ ）	TEL
	第 2	氏名 続柄（ ）	TEL
その他 連絡事項			

* 訪問する日程調整の時に利用しているサービス時間がわかると調整がしやすいです。

ケアプラン第3表を申し込みの際に添付していただきますようお願い致します。

【問合せ・申し込み】 一般社団法人 鎌倉市歯科医師会 在宅歯科医療連携室

電話/FAX 0 4 6 7 - 3 8 - 8 9 7 0