# 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　　ＦＡＸ

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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、腫れている　3、よく噛めない　4、入れ歯が合わない<br>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<br>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<br>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<br>慢性腎不全・ 透析 ・糖尿病 ・甲状腺機能（低下・亢進）症 ・ 骨粗鬆症<br>慢性関節リウマチ ・ 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<br>その他（　　） | | | | | | |
| アレルギー | 無・有　食べ物、薬など<br>（　　） | | | | | | |
| 感　染　症 | 肝炎（ＨＢｓ抗原・ＨＣｖ抗体）・　ＭＲＳＡ　・　結核　・　梅毒　・　ＨＩＶ<br>その他（　　） | | | | | | |
| 医療機関・主治医 | 医院名・TEL | | | 医師名 | | | |
| | TEL | | | | | | |
| 担当<br>ケアマネジャー | 事業所名<br>住　所　〒<br>担当ケアマネジャ名<br>ＴＥＬ　　ＦＡＸ | | | | | | |
| ご家族<br>連絡先 | 第１ | 氏名　　続柄（　　） | | TEL | | | |
| | 第２ | 氏名　　続柄（　　） | | TEL | | | |
| その他<br>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　**０４６７－３８－８９７０**