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、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　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 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			
	TEl						
担当 ケアマネジャー	事業所名 ＴＥＬ　　ＦＡＸ						
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　０４６７－３８－８９７０