

一般社団法人東大阪市西歯科医師会 在宅歯科ケア申込書

フリガナ		申込書送付日	平成 年 月 日
申込者氏名		利用者との関係	ケアマネジャー ・ 家族 その他()
申込者電話番号		当ステーション ならびに歯科医師 と連絡担当者の 連絡可能日・時間	(連絡可能な曜日・時間等をご記入下さい)
申込者所属			
フリガナ			
主たる介助者氏名	続柄()	介助者電話番号	
フリガナ		訪問先住所	東大阪市
利用者氏名	(男・女)		
生年月日	明・大・昭 年 月 日生(歳)	利用者電話番号	
訪問先種別	自宅 (同居・独居) 施設名()		
在宅口腔ケア 希望日・時間			
お申込み理由 (主訴)			
	<input type="checkbox"/> 胃ろう (経口摂取率 %) <input type="checkbox"/> 気管切開		
かかりつけ 歯科医院名		電話番号	
かかりつけ 病院名		かかりつけ診療科名	
主治医氏名		電話番号	
ケアマネジャー氏名		事業所名	
事業所電話番号		事業所FAX番号	
特記事項 (寝たきり・認知等) 既往歴等			
	感染症 (あり・なし・不明)		
介護認定の状況	あり・なし	要支援 (1・2)	要介護 (1・2・3・4・5)
健康保険の種類	後期高齢者 ・ 国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 生活保護 ・ その他()		
障害者手帳	なし ・ あり (級)		
一部負担金等補助の証をお持ちの方は 詳細をご記入下さい			

記入時、下記の点にご留意下さい

1. 分かる範囲で記入お願い致します。
2. 連絡先電話番号等は連絡のつきやすい番号をご記入下さい。(携帯電話等)
3. 連絡、訪問希望日・時間は複数ご記入下さい。訪問曜日・時間等は歯科医師とご相談いただきます。
4. 下記FAX番号へ送信下さい。担当が受け取り後、速やかに申込者へ連絡を差し上げます。

申込書FAX送信先 東大阪市西歯科医師会 在宅歯科ケアステーション 06-6753-8808