

在宅高齢者訪問歯科診療申込及び情報提供書

(申請者)

歯科医院御中

住所

氏名

利用者との続柄

連絡先(電話)

下記の者について、在宅高齢者訪問歯科診療を申込みます。

フリガナ	男	明 大 昭
利用者氏名	女	年 月 日生 () 歳
住所 武蔵野市 町 丁目 番 号		
電話 0422 ()		
訪問希望先の周辺状況 (目印や駐車場の有無等)		
要介護・要支援認定の状況	未申請 自立 要支援 () 要介護 ()	
健康保険証の所持状況	所持 未所持	
生活保護受給状況	受給あり 受給なし	
通院困難な理由 (※寝たきり、認知症等)		
主な治療希望内容		
その他 ※利用者の心身状況や歯科に関する既往歴、 置かれている環境、問題行動等		
指定居宅介護支援事業者の名称		
介護支援専門員の氏名		
主介護者の氏名		利用者との関係
医科主治医 あり(前・今) ・なし	電話番号 ()	病院・医院/医師氏名 ファクシミリ ()
歯科主治医 あり(前・今) ・なし	電話番号 ()	歯科医院/歯科医師氏名 ファクシミリ ()