

地域口腔ケアステーション受診申込書

記入日： 年 月 日

申込者		患者さんとの関係	
住所	〒 —	電話番号	() ()

患者さんについて

(ふりがな)	()	性別		
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日生 (歳)
住所	〒 —	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()		
電話番号	()	駐車スペース	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
介護保険の認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 /要介護)	健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他 (生保等)	

かかりつけ歯科 <small>(以前かかったことのある歯科)</small>	電話番号	()
申し込み理由	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 口腔ケア希望 <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれている <input type="checkbox"/> 食べにくい <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた・合わない・痛い・新しくしたい	

かかりつけ医院	主治医	
主病名	電話番号	()
服用している薬剤		
患者さんの状態	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 介助があれば移動できる <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 自分で移動できる	

ケアマネジャー/ 相談支援専門員	氏名		電話番号	()
	所属			

備考	
----	--

送付先