

在宅要介護者

訪問歯科健診

連絡表



FAX : 050-3488-6764

【申込日】令和 年 月 日

申込者氏名			
患者さんとの関係	☐ 家族() ☐ 担当ケアマネージャー ☐ その他()		
電話番号		FAX番号	

利用者(患者) 氏名	ふりがな		男・女
生年月日	年 月 日 満 歳		
住 所	〒 横浜市 区		
電話番号			
介護認定	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2  ☐ 医科の訪問診療介入有 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5		
・生活保護	☐ 有 ☐ 無	・医療保険	☐ 有 ☐ 無
・障害者手帳	☐ 有 ☐ 無		
・かかりつけ歯科医	☐ 有 ☐ 無	・かかりつけ主治医	☐ 有 ☐ 無
医院・医師名	電話番号	医院・医師名	電話番号
.....			
患者さんの状態(環境)			
☐ 寝たきり ☐ 寝たり起きたり ☐ 自力で移動できる ☐ 移動に介助が必要			
訪問健診希望曜日		駐車スペース	
	月 火 水 木 金 土 日	☐ 有 ☐ 無	
午前			
午後			

お問合せ : 050-3488-6764 ※お問い合わせ内容をご伝言下さい。折返しお電話させていただきます。

横浜市青葉区歯科医師会 青葉区在宅歯科医療地域連携室

