

## 在宅要介護者、障がい者等に対するかかりつけ歯科医紹介申請書兼依頼書

下記の内容に確認・同意の上、申請いたします。

- 寝たきり、病気、障害、歩行困難等の理由により通院が困難な方のみ申請が可能です。
- 歯科訪問診療は、在宅で可能な範囲の治療になります。通院と同じレベルの治療はできません。
- ご加入されている健康保険を使用できますが、通院より費用は多くかかります。

※通院での治療に比べて、歯科訪問診療料や介護保険の一部負担金が発生し、治療費に加算されます。

※交通費（実費）がかかる場合もあります。

受診希望者	ふりがな			男 ・ 女	生年月日 年齢	年 月 日 ( 歳 )			
	氏 名				電話番号				
	住 所	日野市				駐車場	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 場所：		
日程調整等 連絡先	ふりがな				受診希望者との関係		電話番号		
	氏 名								
介護担当者	事業所名				ケアマネジャー名				
					電 話 番 号				
受診希望者 の状況	症 状 (主訴)	【具体的な状況（現在気になっているお口の状況）】							
	既往歴								
	介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援 ( 1 ・ 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )							
	歩行状態	<input type="checkbox"/> 介助があれば歩行可能 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他 ( )							
	寝たきり、 歩行困難な 理由								
	手帳の種類	<input type="checkbox"/> 手帳無し <input type="checkbox"/> 手帳有り ( )							
	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 意思の疎通： <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 )							
	座 位	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難							
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明							
	服用薬								
かかりつけ 医療機関	歯科医療機関名				最終受診	年 月			
	医科医療機関名				受診方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診			
	健康保険証	国保・社保・後期高齢者・生活保護・障害者・その他 ( )							
訪問日程(都合が悪い日時)	曜日	月・火・水・木・金・土・日			時間				
健康課記載欄	地区リーダー歯科医				紹介先				

※お薬手帳の写しでも代用可能です