

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

(あて先)日野市長

# 在宅要介護者、障害者等に対するかかりつけ歯科医紹介申請書兼依頼書

※下記の内容をご確認いただき、□にチェックをしてから申請書のご記入をお願いいたします。

- 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。  
※一般外来での治療に比べて、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。

申請者	氏名	ふりがな	と受診希望者の関係者	
		連絡先		
受診希望者	氏名	ふりがな	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
		住所		日野市
	連絡先	( )	性別	男 ・ 女

※以下はわかる範囲でご記入ください。

介護担当者	包括支援センター名		連絡先	( )	
	事業所名			その他	
	ケアマネジャー名				
歯科	過去の受診した歯科	医療機関名	最終受診日	年	
	住所	連絡先		( )	月 日
受診希望者の状況	症状(主訴)	具体的な状況	歯 ・ 歯ぐき ・ 入れ歯 ・ 飲み込み ・ その他 ( )		
		<input type="checkbox"/> 痛い	( )		
		<input type="checkbox"/> 腫れた	( )		
		<input type="checkbox"/> こわれた	( )		
		<input type="checkbox"/> その他	( )		
	障害・疾病・その他	<input type="checkbox"/> 身体	内容 ※現在の病気をすべてご記入ください。		
		<input type="checkbox"/> 精神			
	<input type="checkbox"/> 知的				
	<input type="checkbox"/> 認知症				
	<input type="checkbox"/> その他				
	過去の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※ありの場合は時期もご記入ください。		
介護保険認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明				
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				
座位	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	( )			
意思の疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	( )			
服用薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	( )			
かかりつけ医療機関名	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問	( )			
健康保険証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(国保・社保・後期高齢者・生活保護) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
訪問診療を実施する場合	都合が悪い曜日・時間 (月・火・水・木・金・土・日) ( ) 駐車場 (有 ・ 無) ( )				

※以下は健康課の記入欄です。 受付者 ( )

紹介先	診療所名	連絡先	( )
包括	地区リーダー歯科医師 ( ) 先生		