

## 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 ( )