

# 瀬谷区歯科医師会 訪問歯科診療申込書

No.

(歯科医師会記入)

申込年月日 令和 年 月 日

フリガナ 患者氏名	男 女 大正 昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)
住 所 (施 設 名)	〒246- 横浜市瀬谷区
電 話	045 ( ) 携帯 ( )
かかりつけ医師 往診(ありなし)	(病・医)院 科 先生 電話 ( )
主 な 介 護 者	続柄 電話 ( )
介 護 認 定	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

依 頼 目 的	治療・検診・お口のケア・摂食嚥下評価 を希望します
主 訴 (現在,気になっていること)	
病 歴	
歩 行 の 状 態	自立 寝たきり 要介助 車いす
A D L ラ ン ク	JI J2 AI A2 BI B2 CI C2
食 事 の 内 容	普通食 軟食 キザミ ペースト 経管栄養 胃瘻
食事の自力動作	できる 時々介助必要 介助必要 不明 その他
そ の 他 特 記 事 項	
か か り つ け 歯 科 医 師	( あり なし ) 電話 ( ) 歯科医院 先生

担 当 ケアマネージャー	氏名 事業所名 電話 ( ) Fax ( )
-----------------	---------------------------

【連絡先】 瀬谷区歯科医師会 地域医療担当理事 東 裕智  
電話・Fax 045-489-8911