

## 訪問歯科診療 診療申込用紙

□FAX受付 □留守電受付 □電話受付

訪問先 ( 自宅 ・ 施設 ) 施設の場合は※欄も記入

申込日 2025 年 月 日

|     |  |                       |   |       |   |
|-----|--|-----------------------|---|-------|---|
| 記入者 |  | 記入者事業所名               | ※ | (TEL) | ※ |
| 依頼者 |  | 依頼者との関係<br>(続柄、事業所名等) |   | (TEL) |   |

|              |        |                                                           |  |           |                   |             |
|--------------|--------|-----------------------------------------------------------|--|-----------|-------------------|-------------|
| 受診者          | 住所     | 亀山市 町                                                     |  |           |                   |             |
|              | フリガナ   |                                                           |  | 性別        | 生年月日              | 年 月 日 ( 才 ) |
|              | 氏名     |                                                           |  |           |                   |             |
|              | TEL    |                                                           |  | 同居の家族     |                   |             |
|              | 家屋     | 戸建て ・ 集合住宅                                                |  | 駐車        | 自宅前道路可能 ・ ⑥あり ( ) |             |
| 介護者          | 氏名     |                                                           |  | 受診者との関係   |                   |             |
|              | 連絡先    |                                                           |  | 住所(別居の場合) |                   |             |
| 介護保険の認定      |        | 無 ・ 有 ( 1・2・3・4・5 )                                       |  | 特筆事項      |                   |             |
| 担当ケアマネジャーの氏名 |        | 事業所名                                                      |  | 連絡先       |                   | — —         |
| 介護サービスの利用状況  |        | デイサービス ( ) 訪問看護 ( ) ショートステイ ( )<br>ホームヘルプサービス ( ) その他 ( ) |  |           |                   |             |
| 主病名          |        |                                                           |  |           |                   |             |
| 主治医          |        | 病院名                                                       |  | TEL       |                   |             |
| 入院中の場合       | 病院名    |                                                           |  | 診療科       |                   |             |
|              | 入院の経緯等 |                                                           |  |           |                   |             |

|                     |                  |          |              |  |  |
|---------------------|------------------|----------|--------------|--|--|
| 申し込み理由<br>(希望等)     |                  |          |              |  |  |
| 現在の歯の状況<br>(わかる範囲で) |                  |          |              |  |  |
| 全身状況<br>(介護状況)      |                  |          |              |  |  |
| 備考                  |                  |          |              |  |  |
| 訪問可能日               | 月 日 時頃 希望 ◆詳細は下記 | 訪問場所     | 自宅 ・ 自宅外 ( ) |  |  |
| 以前かかった歯科医院          |                  | 往診希望歯科医院 | 無 ・ 有 ( )    |  |  |

◆訪問可能日について・・・初回の訪問はサポートマネージャー（専門歯科衛生士）が  
 現在のお口の状況等について訪問し問診をおこないます。  
 訪問診療日について・・・担当歯科医師から当日中に電話で訪問診療日の連絡をいたします。

# 口腔ケアステーション 訪問歯科診療 実施歯科医院

(市外局番：0595)

| 歯科医院名         | 電話番号    | 住 所   |
|---------------|---------|-------|
| 秋本歯科医院        | 82-0115 | 御幸町   |
| 伊藤歯科医院        | 96-0390 | 関町木崎  |
| 岡歯科医院         | 82-0140 | 東町1丁目 |
| かめやま歯科口腔クリニック | 84-0084 | 和田町   |
| 北町もり歯科        | 83-1260 | 北町    |
| 金原歯科医院        | 82-4615 | 長明寺町  |
| 久保田歯科クリニック    | 83-0808 | 亀田町   |
| 塚田歯科医院        | 83-5454 | 本町3丁目 |
| 生川歯科          | 83-1300 | 阿野田町  |
| のじま歯科クリニック    | 98-6480 | 川崎町   |
| 堀デンタルクリニック    | 82-0037 | 東台町   |
| みずきが丘歯科クリニック  | 84-4844 | みずきが丘 |

一般社団法人亀山歯科医師会