



訪問歯科診療FAX申込書

誤送信の場合:ご迷惑をお掛け致します。お手数ですが下記番号宛までFAX頂き、この用紙の破棄をお願い致します。

FAX.0120-72-8020

京都府歯科医師会 口腔サポートセンター

お申し込み日

令和 年 月 日

記入者

フリガナ

お名前

受診者との続柄(申込者・記入者からみて)、または記入者職種

電話番号

本人・親・兄弟・子供・ケアマネジャー・その他()

- -

受診者情報

お名前	性別 男・女	生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
ご住所 〒	往診先の 電話番号 - -	
お申し込みの理由 ※該当する理由にチェックしてください。複数選択可能。		
<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 歯が折れた・抜けた	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 差し歯、かぶせが取れた	<input type="checkbox"/> 歯肉の痛み・出血・腫れ	<div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>
<input type="checkbox"/> 入れ歯の不具合(痛い・あわない・壊れた) 入れ歯を作りたい	<input type="checkbox"/> 口腔ケアの相談や指導	
<input type="checkbox"/> 継続的な口腔管理	<input type="checkbox"/> 食べられない・ 飲み込めないの相談	
現在のお体の具合はいかがですか? 複数選択可能		
<input type="checkbox"/> 寝たきり	<input type="checkbox"/> 準寝たきり(時々おきられる)	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 意思疎通が難しい	<input type="checkbox"/> 歩行困難	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
現在治療中の症状、ご病気がある場合はご記入をお願いします。		
介護保険の利用状況 有・無	要支援・要介護の状況をお伺いします <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> わからない	
担当者情報 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他	担当相談員やケアマネジャー等の施設名 ----- ご担当者名 ----- ご担当者様の お電話番号 - -	

歯科医院を探すための情報共有について

京都府歯科医師会口腔サポートセンターでは、訪問歯科診療を実施するために、個人情報保護に留意した上で、必要な個人情報を本窓口と地域の口腔サポートセンター担当者、訪問担当歯科医院で共有いたします。また、医師やケアマネジャー、行政等との協力が必要な場合は、医療・介護・福祉関連の関係機関と連携、及び情報の共有をいたします。◎この「申込書」の提出(送信)をもって上記の個人情報の利用に同意いただいたものとして取り扱わせていただきます。