**佐渡総合病院　訪問歯科診療申込書　(2024年〜)**

**■患者氏名・申込者氏名**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | ふりがな | | TEL | (日中) | |
| 氏名 | | (17時以降) | |
| 続柄 |  | |
| 住所 | 〒 | | | |
| 申込者 | ふりがな | | TEL | (日中) | |
| 氏名 | | (17時以降) | |
| □男　□女 | |  |
| 住所 | 〒 | | | |

**■訪問歯科診療開始後の連絡窓口(キーパーソン)が 申込者と違う場合**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | TEL | (日中)  (17時以降) |
| 氏名 | 続柄 |
| 住所 | |

**■訪問先について**

□ 自宅 　　　□ 施設名：　　　　　　　　　　施設電話番号：

■訪問希望日

患者様の状態や医療連携などで変更となる場合がありますが、ご希望の曜日・時間をお聞かせください。

曜日　：　月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 　希望時間　：　AM　・　PM

**■介護状態について**

□ 介護保険なし　□ 要支援1　□ 要支援２　要介護１　□ 要介護２　□ 要介護３　□ 要介護４　□ 要介護５

**■障害度について**医療費助成を　 受けている□ 受けていない

**■地域医療連携について**

■ケアマネージャーあるいは相談員の所属・連絡先

氏名　：　　　　　　所属施設名　：　　　　電話番号　：

■訪問歯科診療依頼についてケアマネージャーあるいは相談員へ

□ 連絡している　□ 連絡していない

■訪問看護を ( □受けている　□ 受けていない)

（受けていると答えられた方）

□ 佐渡総合病院訪問看護　　□　その他の訪問看護（医療機関名：　　　　　　　　　　　）

■訪問診療を ( □受けている　□ 受けていない)

（受けていると答えられた方）

□ 佐渡訪問診療　□ その他医療機関の訪問診療（医療機関名：　　　　　　　　　　　　）

佐渡総合病院　訪問歯科

代表　小松　繁樹

住所　〒952-1209

新潟県佐渡市千種161番地

電話番号　0259-63-3121

地域医療連携について

■佐渡総合病院への受診歴(□ 有　□ 無)

■さどひまわりネットへの同意 (□ 有　□ 無)

■ＦＬＳへの同意(□ 有　□ 無)