

依頼情報詳細

訪問可能連絡はこちら

[依頼情報を編集する](#)

依頼公開日：2024.09.19 最終更新日：2024.09.19 京都市左京区	ID:176 左京口腔サポートセンター 訪問歯科診療申込 (No.73)	担当医 未決定
--	---	------------

お申し込み者の職

種・所属・名前

ケアマネジャー

.

メールアドレス

[Redacted]

[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]

お名前（診察を受けられる方）

性別
女性

年齢
65歳

住所

京都市左京区

〒606-0021

京都市左京区岩倉忠在地町

電話番号

駐車場

無

訪問診療をご希望された理由

歯肉の痛み、出血、腫れ

口腔ケアの相談や指導

診療に関する情報がありましたら、詳細をご記入ください

ヘルパーからの依頼

同居されている家族構成

独居

訪問日時調整のご連絡先（お名前）

続柄
その他

電話番号

保険証の種類

特定疾患「有・無」

生年月日

生活保護

無

1959年 07月



介護保険

介護保険について

あり

要支援：なし

要介護：要介護4

相談員・ケアマネジャー等情報

所属



職種

ケアマネジャー

お名前

電話番号



かかりつけ医療機関情報

●●●●病院 ●●●●病院

特記事項

ヘルパー：(月)～(土)朝,夕

訪問看護：(月)(水)(金)pm

訪問希望・診察情報

訪問 第一希望

訪問日時は相談し
たい

午前中, 12時～14
時, 14時～17時

訪問 第二希望

訪問日時は相談し
たい

午前中, 12時～14
時, 14時～17時

訪問 第三希望

訪問日時は相談し
たい

午前中, 12時～14
時, 14時～17時

原因疾患・全身状態について

疾患名

統合失調症、
両側性膝関節症

全身状態

意思疎通は可能
であるが、
1人では不安感が
ありヘルパーの
同席が必要

受診者と直接意思の疎通が図れますか？

できる

座位での診察が可能ですか？

はい

食事は経口摂取ですか？

はい

その他 特殊な医療情報はありますか？

ありません

