

訪問歯科診療依頼書

おわかりになる範囲でご記入をお願いします。記入欄が不足の場合は別紙(任意)にご記入ください。

ふりがな	生年月日	大・昭・平	年	月	日生
氏名	性別	男・女	年	齢	歳
所在地(病院・施設・在宅) 〒 (電話 - -)					
使用保険 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 公費受給者証 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 身障手帳					
現在、治療中の病気はありますか。 無・有 (病名:) かかりつけ病院 [病院] ⇒感染症 無・有 []					
現在、服用しているお薬はありますか。 無・有 薬名: ()					
介護度: <input type="checkbox"/> 介護認定無し <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護度 1・2・3・4・5 日常動作: <input type="checkbox"/> 歩行できる <input type="checkbox"/> 補助があれば歩行できる <input type="checkbox"/> 車イスを使う <input type="checkbox"/> ベッドで寝ている 姿勢: <input type="checkbox"/> 座ってられる <input type="checkbox"/> 首が動かせる <input type="checkbox"/> 寝たきり 食事: <input type="checkbox"/> 口から食べている <input type="checkbox"/> 管で栄養をとっている <input type="checkbox"/> 点滴で栄養をとっている 意思疎通: <input type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> 指示の理解はできる <input type="checkbox"/> 意思の疎通ができない					
お口の状態についてお尋ねします。 () かかりつけの歯科医はいますか。 無・有 [歯科医院]					
介護サービス利用日時をお尋ねします。利用日を○で囲み、時間帯をご記入ください。 月 火 水 木 金 土 日 [___時~___時 / ___時~___時] ※24時間表記 月 火 水 木 金 土 日 [___時~___時 / ___時~___時] その他 ()					
担当ケアマネジャー(介護支援専門員)はいますか。 (電話 - -) 無・有 [事業所名:] 担当者名: []					
備考(注意して欲しい点や連絡事項等あればご記入ください)					

ご記入をお願いします。

依頼者・連絡先	治療希望者との続柄
ふりがな	<input type="checkbox"/> 本人
氏名	<input type="checkbox"/> 家族 []
でんわ	<input type="checkbox"/> その他 []
FAX	[]
備考	



でんわ・FAX・郵送先

でんわ	088-875-8020
FAX	088-872-8011
郵送	〒780-0850
	高知市丸ノ内1丁目7-45
	総合あんしんセンター内
	高知県歯科医師会
	在宅歯科連携室
受付日:	