

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。 (どうしましたか、いつからでしょうか。)			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] 月 火 水 木 金 土 日 [___時~___時 / ___時~___時] ※24時間表記 その他 ()					
担当ケアマネジャー(介護支援専門員)はいますか。 無・有 [事業所名:]			(電話 - -) 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	0880-34-8500
FAX	0880-34-8828
郵送	〒787-0023 四万十市中村 東町1丁目1番27号 四万十市立市民病院西棟1階
高知県歯科医師会 幡多在宅歯科連携室	
受付日:	