

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 : ☐ 医療保険 ☐ 介護保険 ☐ 公費受給者証 ☐ 生保 ☐ 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 : ☐ 介護認定無し ☐ 要支援 1 ・ 2 ☐ 要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
日常動作 : ☐ 歩行できる ☐ 補助があれば歩行できる ☐ 車イスを使う ☐ ベッドで寝ている					
姿 勢 : ☐ 座ってられる ☐ 首が動かせる ☐ 寝たきり					
食 事 : ☐ 口から食べている ☐ 管で栄養をとっている ☐ 点滴で栄養をとっている					
意思疎通 : ☐ 会話ができる ☐ 指示の理解はできる ☐ 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 ____分 ~ ____時 ____分] ※24時間表記 月 火 水 木 金 土 日 [____時 ____分 ~ ____時 ____分] 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	☐ 本人
氏 名	☐ 家族 []
でんわ	☐ その他 []
F A X	[]
備考	

でんわ・FAX・郵送先

でんわ	0887-34-2332
FAX	0887-34-2331
郵 送	〒784-0043
	安芸市川北甲5685
	(旧・安芸市立清水ヶ丘中学校内)
高知県歯科医師会	
東部在宅歯科連携室	
受付日 :	