

FAX 送付先

中央区歯科医師会 078-332-1149

くれぐれも番号をお間違えないようお願いいたします

訪問歯科診療連絡票

申込日 年 月 日

お申込みは、掛かりつけのケアマネージャーにご相談ください。

ふりがな	性別	男	女
患者氏名	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
住所または訪問先	電話 ()	-	
主たる介護者	氏名: (続柄)	電話 ()	-
緊急連絡先	氏名: (続柄)	電話 ()	-
主訴	・歯が痛い ・歯が欠けた ・歯ぐきが (・痛い ・腫れている ・出血している) ・入歯が壊れた ・入歯の具合が悪い ・入歯を新しく作りたい ・被せたものや詰めたものが取れた ・口腔ケア希望 ・その他 ()		
歯科医院に通院できない理由			
医療保険の種類	・国民健康保険 (本人・家族) ・社会保険 (本人・家族) ・後期高齢者 ・生活保護 ・その他		
訪問希望の曜日・時間	・曜日 () ・時間 ()		
かかりつけ歯科医	歯科医院名:	最近受診した日	年 月 日
主治医	病院・医院名:	電話	() -
	担当医師名:	F A X	() -
既往歴及び現在かかっている疾患	・脳血管障害 ・心疾患 ・高血圧 ・骨折 ・糖尿病 ・肝炎 ・腎不全 (透析) ・その他感染症 () ・その他 ()		
要介護度	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
患者さんの状態	・寝たきり ・寝たり起きたり (15分程度座れる) ・車椅子等で移動出来る (自力・介助)		
座位保持	・できる ・自分で支えれば可 ・支えが必要 ・できない		
移乗	・介助されていない ・見守り等 ・一部介助 ・全介助		
移動	・介助されていない ・見守り等 ・一部介助 ・全介助		
認知証高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M		
特記事項			

*この用紙を記入くださった方

氏名	続柄
電話	所属事業所名:
F A X	職種名:

ご注意

- ・太枠 (一) で囲った部分は、必ずご記入ください。
- ・細枠 (一) で囲った部分は、わかる範囲でご記入ください。
- ・薬を飲んでいる場合は、お薬手帳のコピーを添付してください。
- ・患者さんの状態によっては、訪問歯科診療の適応でない場合もあります。

※個人情報の取扱いには十分ご注意ください