



小児（0～17才）訪問歯科診療連絡票

ふりがな		性別	男 ・ 女
患者氏名		生年月日	年 月 日（ 才 か月）
住 所	神戸市北区	TEL（ ）	-
主たる介護者	（氏名）（続柄）	TEL（ ）	-
緊急連絡先	（氏名）（続柄）	TEL（ ）	-
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 ） ・歯がぐらついている ・歯並び噛み合わせ ・歯石 ・口腔ケア希望 ・その他（ ）		
通院できない理由			
訪問希望曜日・時間帯	・曜日（ ） ・時間帯（ 午前 ・ 午後 相談 ）		
歯科受診歴	・なし ・あり（ 歯科医院名： 最終受診日： 年 月頃 ）		
主治医	病院・医院名：	TEL（ ） -	
	担当医師名：	FAX（ ） -	
既往歴及び現在かかっている疾患	・脳性麻痺 ・肢体不自由 ・心疾患 ・呼吸器疾患 ・糖尿病 ・てんかん ・肝疾患 ・腎疾患 ・感染症（ ） ・その他（ ）		
全身状態等	・気管切開 ・人工呼吸器 ・喉頭分離 ・胃ろう ・その他（ ）		
生活状態	・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 ・（第三者の）支えが必要 ・できない		
食 事	・経口摂取 ・経管栄養 ・胃ろう ・その他（ ）		
身長・体重	身長（ ）cm 体重（ ）kg		
特記事項			

上記内容をご記入下さった方

氏 名		続柄または所属事業 所名および職種	(職種名)
TEL			
FAX			

お願い

- ・ 太枠内は必ずご記入ください。それ以外の部分はわかる範囲で結構です。
- ・ お薬を服用されている場合は、お薬手帳のコピーを添付して下さい。