

訪問歯科診療連絡票

申込日 年 月 日

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 往診先	電話 () -		
主たる介護者	氏名： (続柄)		
緊急連絡先	氏名： (続柄) 電話 () -		
主訴	・歯が痛い ・歯ぐきが痛い ・歯ぐきが腫れている ・入れ歯が合わない ・入れ歯がこわれた ・入れ歯を新しく作りたい ・その他 ()		
かかりつけ 歯科医院	歯科医院名：	最終治療 生年月日	年 月 日
主治医	病院・医院名：	電話	() -
	歯科医院名：	F A X	() -
既往歴 〔今までに かかった病気〕	・脳血管障害 ・心疾患 ・高血圧 ・骨折 ・糖尿病 ・その他 ()		
要介護度等	支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	障害手帳	() 級
患者さんの状態	・寝たきり ・寝たり起きたり (15分程座ってられる) ・移動できる (・自力で・介助して)		
食事	・普通食 ・キザミ食 ・流動食 ・経管栄養 ・その他 ()		
特記事項			

*この用紙を記入くださった方

氏名		続柄または 所属事務所 名及び職種 (職種名)
電話	() -	
F A X	() -	

(以下は記入しないでください)

【処理状況】

受付年月日	年 月 日
連絡先	() 区 世話係名 ()
連絡先年月日	年 月 日
担当協力医名	
報告書提出日	年 月 日

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。
- ・申込みの確認のため、歯科保険推進室よりご自宅またはこの用紙を記入くださった方に電話をいたします。