

FAX 送信後 48 時間経過しても連絡がない場合は岡谷下諏訪歯科医師会（0266-23-8320）までお電話下さい

岡谷下諏訪歯科医師会 歯科訪問診療依頼書

ふりがな

患者氏名：..... 生年月日：..... 年 月 日 年齢：..... 歳 性別：.....

患者住所：〒.....

訪問先（自宅以外の場合）：〒..... 駐車場：あり・なし

連絡のつく電話：..... →本人以外の場合は氏名..... 続柄.....

通院困難な理由：.....

担当ケアマネ事業者名：.....

担当ケアマネ氏名 : 電話番号 : } 担当ケアマネ
がいる場合

依頼内容

- 歯が痛い 歯が欠けた 詰め物・差し歯が取れた 歯が揺れる 歯茎が腫れている
義歯が合わない 義歯が壊れた 口の中の粘膜に異常がある
その他：.....

緊急度

- 痛みがあるので早く診てほしい 痛みはないができるだけ早く診てほしい 急がない

基礎疾患

- 脳血管障害（脳梗塞・脳出血） 呼吸器障害 心疾患 神経疾患 認知症
高血圧症 糖尿病 腎臓病 ウィルス性肝炎 骨粗しょう症 精神疾患
その他：.....

服薬中の薬

- 血液をサラサラにする薬〔お薬の名前：.....〕
骨粗しょう症の薬（経口・注射）〔お薬の名前：.....〕
その他〔お薬の名前.....〕

介護度

- 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5） 左記該当なし（該当しなくても訪問可能です）

意思疎通 良好 やや不良 不良

食事形態 普通食 介護食（常食 軟菜食 刻み食 ミキサー食 流動食 ゼリー等） 非経口

起き上がり 良好 やや不良 不良

うがい 良好 やや不良 不良

お口を開けたままでいられる 良好 やや不良 不良

かかりつけ医科医院・病院名：..... 主治医：..... 先生

かかりつけ歯科医院（過去にかかった歯科医院）.....

受診希望の歯科医院： 特になし ・ 希望あり（..... 歯科医院）

訪問診療希望日 訪問診療が不可能な曜日・時間帯.....

訪問歯科診療についての承諾（患者さん本人もしくはキーパーソンの方の署名をお願いします）

令和.....年.....月.....日 氏名..... キーパーソンの方の続柄（.....）

※医療保険証・受給者証・介護認定を受けている場合は介護保険証・介護保険負担割合証をご準備ください。

※この用紙は直接かかりつけ歯科医院にお持ちいただいても構いません。