FAX 送付先　歯科保健推進室　**391 － 6480**

くれぐれも番号をお間違えないようにお願いいたします

取扱い注意

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：	FAX	（　　）　　－
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）　・車椅子等で移動できる（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		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立　・　Ⅰ　・　Ⅱa　・　Ⅱb　・　Ⅲa　・　Ⅲb　・　Ⅳ　・　M		
特記事項			

＊この用紙を記入くださった方（連絡票に記載された個人情報は目的外には使用いたしません。）

氏名		続柄	
電話		所属事務所名：	
FAX		職種名：	

＊ご　注　意＊

- **太枠（ー）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、訪問歯科診療の適用でない場合もあります。

【関係者の皆様へ】　＊個人情報の取扱いには十分ご注意ください。