

FAX 送付先

神戸市北区歯科医師会

078-597-6469

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	年齢	歳
患者氏名		生年月日	大・昭・平・令	年	月 日
住所または訪問先	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) ・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 ()				
通院できない理由					
医療保険の種類	・国民健康保険 ・社会保険 ・後期高齢者 ・難病 ・小児特定 ・被爆者 ・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：	TEL ()	-		
	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 ・ 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 (連絡票に記載された個人情報には目的以外には使用いたしません。)

氏名		続柄	
TEL		所属事業所名：	
FAX		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ができない場合もあります。

【関係者の皆様へ】 *個人情報の取り扱いには十分ご注意ください。