

訪問歯科診療 紹介依頼書

049-298-3213

依頼日： 年 月 日 ※ 書類確認後、3営業日以内にお電話で訪問日時のご連絡をいたします(訪問専用 049-298-3203)

1. ご依頼元

施設・機関名		担当者氏名	
職種	ケアマネ・看護師・介護士・相談員・他	TEL/FAX	
連絡時間帯/メール			

2. 患者情報

フリガナ／氏名		性別・年齢	男・女／満 歳	生年月日	明大昭 . .
住所（訪問先）					
介護保険被保険者番号		要介護度	要支援1・2／要介護1・2・3・4・5／未申請		
主治医氏名		医療機関名・連絡先			
既往歴・現病歴					
服用中の薬剤	※ お薬手帳のコピー添付可				
アレルギー・注意事項		認知症	あり・なし・不明		
ADL	自立・一部介助・全介助	コミュニケーション	可・一部可・困難		

3. ご依頼内容(複数選択可)

- ☐ 初回口腔評価・スクリーニング
- ☐ 入れ歯(義歯)製作・調整
- ☐ 口腔機能低下症の検査
- ☐ 摂食嚥下リハビリテーション
- ☐ 抜歯
- ☐ 虫歯・歯周病治療
- ☐ 嚥下機能評価(VE含む)
- ☐ 口腔ケア・歯石除去
- ☐ 管理栄養士による栄養相談
- ☐ 補綴(クラウン・ブリッジ)

4. 訪問希望日時 ※ 調整させていただく場合があります

第1希望	月 日()午前・午後	第2希望	月 日()午前・午後
------	-------------	------	-------------

5. ご本人・ご家族の同意/特記事項

同意	得ています・確認中	同意者氏名・続柄	
補足・特記事項			

<当院記入欄> 受付日： / 担当： 訪問予定日： / 備考：