

松山市医科歯科連携訪問歯科診療 依頼書

平成 年 月 日

総合歯科医療連携室宛

Fax 089-947-8654

☎ 089-932-5407

依頼元医療機関	
所在地	
名称	
医師名	
電話	Fax

フリガナ 患者氏名			<input type="checkbox"/> 男	生年	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平		
			<input type="checkbox"/> 女	月日	年	月	日 (歳)
訪問先住所	〒						
	電話 —						
(施設の場合、いずれかを☑してください) <input type="checkbox"/> 施設系 <input type="checkbox"/> 居宅系							
訪問希望日 時間帯 希望する時間を、ご記入ください (複数可)	曜日	月	火	水	木	金	土
	午前						
	午後						
紹介目的	<input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 歯科治療 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他 ()						
主たる傷病名							
全身状態等 (注意すべき点があれば、ご記入ください)	<input type="checkbox"/> 出血傾向 <input type="checkbox"/> 肺炎の既往 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 摂食困難 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 栄養不良 <input type="checkbox"/> その他 ()						
緊急性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
かかりつけ 歯科診療所	<input type="checkbox"/> あり (診療所名) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明						
介護認定	<input type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 無						
健康保険	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 公費負担者番号 ()						

担当歯科医師が決まりましたら連絡致しますので、
歯科医師への診療情報提供書をお願いします

訪問日時・時間帯はご期待に沿えない場合もありますが
ご了承ください

連携室	事務