

訪問歯科診療依頼書（松山市一般用）

平成 年 月 日

総合歯科医療連携室宛

Fax 089-947-8654

☎ 089-932-5407

依頼元情報	
住所	
氏名	
電話	Fax

フリガナ 患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 (歳)			
訪問先住所	〒 電話 — 訪問時の駐車場 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (施設の場合) 施設名称:						
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						
依頼目的	<input type="checkbox"/> お口のケア <input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> その他 ()						
通院困難の理由	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 病気などの後遺症 通院困難の原因の病名 ()						
お口及び 全身の状態	<input type="checkbox"/> 口が汚れている <input type="checkbox"/> 口が臭う <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> かめない <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 食べ物を飲み込みにくい <input type="checkbox"/> むせやすい <input type="checkbox"/> 胃瘻をしている <input type="checkbox"/> 体重の増減が激しい <input type="checkbox"/> その他 ()						
服用している薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬名:)						
かかりつけ 歯科医院	<input type="checkbox"/> あり(医院名) <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						

担当歯科医師が決まりましたら**依頼元様**へご連絡致します。
 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