

出水郡歯科医師会 阿久根支部
 《申込み・問い合わせ先》
 ◎かかりつけの歯科医院
 ◎最寄りの歯科医院
 申込み・問い合わせ先は案内の別紙を参考にしてください。

訪問歯科診療連絡票

ふりがな 患者氏名			性別	男・女
			生年月日	年 月 日
住所	電話 () -			
往診先	電話 () -			
主たる介護者	氏名： (続柄)			
緊急連絡先	氏名： (続柄) 電話 () -			
主訴	・歯が痛い ・歯ぐきが痛い ・歯ぐきが腫れている ・口臭がある ・入れ歯が合わない ・入れ歯がこわれた ・口腔ケアをしてほしい ・入れ歯を新しく作りたい ・その他 ()			
かかりつけ 歯科医	歯科医院名：	最終治療 年月日	年 月 日	
主治医	病院・医院名：		電 話	
	担当医師名：		F A X	
	・施設に往診 ・入院中 ・自宅に往診			
既往歴	・脳血管障害 ・心疾患 ・高血圧 ・骨折 ・糖尿病 ・その他 ()			
要介護度等	支援 1・2			
	介護 1・2・3・4・5	障害手帳	() 級	
患者さんの 状態	・寝たきり ・寝たり起きたり (15分程座ってられる) ・移動できる (・自力で ・介助して)			
食事	・普通食 ・キザミ食 ・流動食 ・経管栄養 ・その他 ()			
特記事項				

*この用紙を記入くださった方

氏名		続柄または所属事務所及び職種 (職種名)
電話		
FAX		

* ・太枠で囲った部分は、必ず御記入ください。
 ・細枠で囲った部分は、わかる範囲で御記入ください。