

# 歯科訪問診療ご依頼票

貴事業所名	
ご紹介者名	様
職 種	介護支援専門員・看護師・MSW・他
ご住所	(〒 - )
T E L	( )
F A X	( )

お手持ちの基本情報、診療情報、保険証等を FAX 頂ければ下記のご記入は不要です。



## オリーブ歯科医院

TEL&FAX

**042-342-3268**

担当/玉置 080-7512-4935

柳下 080-7939-5922

ご依頼日：令和 年 月 日

フリガナ		性別	男・女			
お名前	様	生年月日	M T S	年	月	日
ご連絡先	・ご本人 お名前 続柄 ・ご家族 ( ) ( )	TEL 携帯	( ) ( )			
ご訪問先住所	(〒 - ) 自宅・病院・施設・その他 ( )					
保険証の種別	国保・社保・生保	医療保険 ( 割 )	介護負担割合 ( 割 )	障害認定 ( 種 級 )		
要介護認定	要介護 ( 1, 2 3 4 5 ) ・ 要支援 ( 1 2 ) ・ 申請中					
主 訴	お痛みは? なし・あり		入歯は? なし・あり ( 上・下・両方 )			
	<input type="checkbox"/> 入歯を作りたい		<input type="checkbox"/> 入歯が痛い		<input type="checkbox"/> 入歯がゆるい	
	<input type="checkbox"/> 入歯が壊れた		<input type="checkbox"/> 詰め物・被せ物が取れた		<input type="checkbox"/> 歯や歯茎が痛い	
	<input type="checkbox"/> 歯が揺れている		<input type="checkbox"/> 虫歯がある		<input type="checkbox"/> 口腔ケアをして欲しい	
<input type="checkbox"/> 歯茎から出血する		<input type="checkbox"/> 嚥下相談 (リハビリ等)		<input type="checkbox"/> 一度診て欲しい (無料相談)		
<input type="checkbox"/> その他 ( )						
通院困難理由	・寝たきり・車椅子・介助歩行・歩行器使用・杖歩行・他 ( )					
感染症	・なし・あり (B 肝/C 肝/梅毒/結核/MRSA/疥癬/ )					
主治医	病院	先生	TEL	( )		
既往歴						
スケジュール (DS・訪介・訪看等) その他特記事項	月	火	水	木	金	土
個人情報提供 に関する確認	・本紹介状に記載の個人情報は、個人情報保護法その他関連法規に従い、ご本人から適切に入手し、管理されているものです。 ・個人情報入手の際に、歯科医院・居宅介護支援事業者第三者に対して提供することについて、ご本人の同意を得ています。					※お読み頂き チェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 確認