

くれぐれも番号をお間違えないようにお願いいたします

## 取扱い注意

## 訪問歯科診療連絡票

申込日 年 月 日

ふりがな				性別	男 ・ 女		
患者氏名				生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
住所または訪問先				電話 ( )	-		
主たる介護者	氏名:	(続柄)	電話 ( )	-			
緊急連絡先	氏名:	(続柄)	電話 ( )	-			
主訴	・歯が痛い ・歯が欠けた ・歯ぐきが ( ・痛い ・腫れている ・出血している ) ・入歯が壊れた ・入歯の具合が悪い ・入歯を新しく作りたい ・被せたものや詰めたものが取れた ・口腔ケア希望 ・その他 ( )						
歯科医院に通院できない理由							
医療保険の種類	・国民健康保険 (本人・家族) ・社会保険 (本人・家族) ・後期高齢者 ・生活保護 ・その他						
訪問希望の曜日・時間	・曜日 ( ) ・時間 ( )						
かかりつけ歯科医	歯科医院名:	最近受診した日	年 月 日				
主治医	病院・医院名:	電話 ( )	-				
	担当医師名:	F A X ( )	-				
既往歴及び現在かかっている疾患	・脳血管障害 ・心疾患 ・高血圧 ・骨折 ・糖尿病 ・肝炎 ・腎不全 (透析) ・その他感染症 ( ) ・その他 ( )						
要介護度	要支援 1 ・ 2		要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
患者さんの状態	・寝たきり ・寝たり起きたり (15分程度座れる) ・車椅子等で移動できる (自力・介助)						
座位保持	・できる ・自分で支えれば可 ・支えが必要 ・できない						
移乗	・介助されていない ・見守り等 ・一部介助 ・全介助						
移動	・介助されていない ・見守り等 ・一部介助 ・全介助						
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M						
特記事項							

\*この用紙を記入くださった方 (連絡票に記載された個人情報には目的以外には使用いたしません。)

氏名			続柄			
電話			所属事業所名:			
F A X			職種名:			

## \*ご注意\*

- ・太枠 (一) で囲った部分は、必ずご記入ください。
- ・細枠 (一) で囲った部分は、わかる範囲でご記入ください。
- ・薬を飲んでいる場合は、お薬手帳のコピーを添付してください。
- ・患者さんの状態によっては、訪問歯科診療の適応ができない場合もあります。

【関係者の皆様へ】 \*個人情報の取り扱いには十分ご注意ください。