

《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

◎出水市保健センター

◎出水郡歯科医師会事務局

申込み・問い合わせ先は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。