

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 :	FAX	
	・ 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	要支援 1・2 要介護 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			

* この用紙を記入してくださった方

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。