

## 松山市医科歯科連携訪問歯科診療 依頼書

令和 年 月 日

松山市歯科医師会  
総合歯科医療連携室宛  
Fax 089-947-8654  
☎ 089-932-5407

依頼元医療機関	
所在地	
名称	
医師名	(担当者名: )
電話	Fax

フリガナ 患者氏名			<input type="checkbox"/> 男	生年 月日	<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 平	<input type="checkbox"/> 令
			<input type="checkbox"/> 女		年 月 日( 歳)			
訪問先住所	〒							
	電話 -							
(施設の場合、いずれかを <input checked="" type="checkbox"/> してください) <input type="checkbox"/> 施設系 <input type="checkbox"/> 居宅系								
訪問希望日 時間帯 希望する時間を、ご記入 ください(複数可)	曜日	月	火	水	木	金	土	
	午前							
	午後							
入院患者様の診察をご希望の場合は退院予定日をご記入ください 退院予定: 月 日頃 ・ 未定(長期)								
紹介目的	<input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 歯科治療 <input type="checkbox"/> 義歯							
	<input type="checkbox"/> その他 ( )							
----- 緊急性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
主たる傷病名								
全身状態等 (注意すべき点があれば、ご記入ください)	<input type="checkbox"/> 出血傾向		<input type="checkbox"/> 肺炎の既往		<input type="checkbox"/> 感染症		<input type="checkbox"/> アレルギー	
	<input type="checkbox"/> 麻痺		<input type="checkbox"/> 摂食困難		<input type="checkbox"/> 嚥下障害		<input type="checkbox"/> 栄養不良	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )							
かかりつけ歯科診療所	<input type="checkbox"/> あり (診療所名 ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明							
介護認定	<input type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ) <input type="checkbox"/> 無							
健康保険	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 公費負担者番号 ( )							

- 担当歯科医師が決まりましたら連絡致しますので、歯科医師への診療情報提供書をお願いします  
○ 訪問日時・時間帯はご期待に沿えない場合もありますがご了承ください