歯科訪問診療依頼書

岐阜市歯科医師会第１号様式（令和元年）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　　年　　　月　　　日

岐阜市在宅歯科医療・

依頼元医療機関

所在地

名　称

医師名

TEL・FAX

地域連携支援センター 宛

FAX：058-265-6474

TEL：058-264-0748

◆患者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　 　　　（ 男・女 ） | 訪問先入院中　・　在宅　・　施設 |
| 生年月日（ 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ）　　　　年　　　月　　　日生　　満　　　　歳 |
| 住所　〒　電話番号 |
| 全身疾患等（病歴・病状など）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 介護認定　　要支援 １・２　　要介護　１・２・３・４・５　　認定なし　　申請中 |
| 保険関係　　生保　　　重度　 　級　　　その他（　　　　　　　　 　　　　　　） |

◆歯科情報

|  |
| --- |
| かかりつけ（以前通った）歯科医院　　あり　・　なし　・　不明　岐阜市・以外　　　　　　　　　　　　歯科医院　（最終受診 　　年　　 月ごろ） |
| 依頼内容　※該当するものに レ 印をつけてください（複数回答可）□ 歯が痛い　　　　　　　□ 歯ぐきが腫れた　　　　□ 歯が抜けた・折れた　　□ 入れ歯が合わない　　　□ 入れ歯が壊れた　　　　□ 入れ歯を作りたい□ 口臭が気になる　　　　□ 舌痛・舌のよごれ　　　□ 口が渇く□ 飲み込みづらい　　　　□ よく咬めない　　　　　□ 口腔のケア□ その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 治療について急を要しますか？ 　( はい ・ いいえ ) |

◆その他

|  |
| --- |
| 歯科医師との　　　□ 電話　　　【連絡可能時間帯　　　～　　　】連携方法　　　□ ＦＡＸ　　□ Ｅ-mail　 |
| 特記事項 |

（本依頼書では診療情報提供料は算定できません）

担当歯科医師が決まりましたらご連絡いたしますので、歯科医師への診療情報提供書をお願いいたします。