

# 羽島訪問歯科診療 依頼書

依頼日 年 月 日

事業者名(発信元)		記入担当者	
連絡先電話番号		FAX	

患者氏名		男 ・ 女
生年月日(年齢)	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 ( 才)	
患者住所	市 町	
患者連絡先	(電話) — (FAX) —	
保険種別	社保(本人・家族) 国保(本人・家族) 国保退職者(本人・家族) 後期高齢者	
介護度	要支援 1, 2 要介護 1, 2, 3, 4, 5	
福祉医療費受給者証	・ 有り ( 重度、母子、父子、乳幼児) ・なし	
自立度	寝たきり(ベット上)、 車椅子や椅子に座れる、 歩行可能	
理解力・難聴	会話の理解が ( できる できない ) 難聴で ( ある ない )	
依頼内容	[入れ歯に関して] ・痛い ・噛みにくい ・新しく作りたい	
	[歯に関して] ・痛い ・動く ・しみる (部位) 右上 右下 左上 左下	
	[歯肉に関して] ・腫れている ・血が出る ・その他	
	・口腔ケアの希望	
	・その他 [ ]	
	・治療について急を要しますか? はい ・ いいえ	
かかりつけ歯科医院	有( ) 無 最終受診 年 月 日	
かかりつけ医院	有( ) 無	
現病名・投薬の有無	(現在薬を) 飲んでいる 飲んでない	

## ※申し込み先

羽島歯科医師会事務局 〒501-6241 羽島市竹鼻町17-3 羽島口腔保健協議会事務所  
 (電話)393-1915 [月曜日～金曜日 9:30～15:00事務局開設。]  
 (FAX)393-4625 [24時間受け付けます。]

※担当歯科医師( ) 了承( / ) 診療開始( / ) 診療終了( / )