

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 ごろ		
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 10:00～15:30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(/)