

郡上訪問歯科依頼書

依頼日 年 月 日

項目	回答項目
主訴・依頼状況	歯が痛い 歯茎が腫れた 物がよく噛めない 入れ歯が合わない 入れ歯が壊れた 歯が抜けた 入れ歯を作りたい つめものがとれた 口臭が気になる 飲み込みづらい 粘膜の変化 舌がおかしい 歯がぐらぐらする その他 治療に急を要しますか? はい いいえ
希望	治療 口腔ケア 口腔機能訓練(摂食嚥下訓練) 検診
名前	名前
住所	住所 施設
連絡先	連絡先
依頼者	ご本人との関係 配偶者・子・子の配偶者・孫・ケアマネージャー 施設関係者・医療関係者 その他 名前 連絡先
かかりつけ歯科医	あり(歯科医院) なし
住居の状況	自宅(一人暮らし・家族と同居誰と 施設・病院)
現在の状況	生活(自立歩行 車いす 寝たきり) 食事(普通・刻み食・ミキサー食・経鼻・胃ろうなど) 会話(話せる 話せない 意志の疎通ができる できない)
通院困難な理由	
希望の日時	月・火・水・木・金・土・日(午前 午後 時頃)
医療保険の加入	保険証 (ある ない) 福祉医療受給者証 (ある ない)
介護保険・認定	介護保険 (ある ない) 介護認定(ある 要介護 度 要支援 度 ない) 認定期間
ケアマネージャー	ケアマネージャー いる いない 名前 連絡先
今後の連絡先	名前 連絡先 本人との関係

申し込み先 郡上歯科医師会訪問歯科診療連携室 岩谷歯科医院
 電話 88-4155 FAX 88-4155 FAXにて連絡ください。
 後ほど事務局より連絡します。 了承日 年 月 日