

歯科訪問診療依頼書

記入日 年 月 日

岐阜市在宅歯科医療・
地域連携支援センター 宛

FAX : 058-265-6474

TEL : 058-264-0748

依頼元医療機関	
所在地	
名称	
医師名	
TEL・FAX	

◆患者情報

ふりがな 氏名	(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 <input checked="" type="checkbox"/> 印をつけてください (複数回答可)	
<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた
<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない	<input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた
<input type="checkbox"/> 口臭が気になる	<input type="checkbox"/> 舌痛・舌のよごれ
<input type="checkbox"/> 飲み込みづらい	<input type="checkbox"/> よく咬めない
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 歯が抜けた・折れた
	<input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい
	<input type="checkbox"/> 口が渇く
	<input type="checkbox"/> 口腔のケア
.....	
.....	
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 連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話	【連絡可能時間帯 ~ 】
	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 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。

歯科訪問診療申込書【在宅】

◆申込者 記入日 年 月 日

氏名	電話番号
依頼人との関係	

◆依頼人（患者）情報

ふりがな 氏名 (男・女)	主たる介護者の氏名 (患者との関係) ()
生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日生 満 歳	
住所 〒 -	同居者 (いる・いない)
連絡のとれる電話番号	
主な疾患 (病歴など)	
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 岐阜市・以外 歯科医院 (最終受診 年 月ごろ)
依頼理由 ※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> 印をつけてください (複数回答可) <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> ものがよくかめない <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 飲み込みづらい <input type="checkbox"/> 口が渇く <input type="checkbox"/> 口腔ケア希望 <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 舌痛・舌のよごれ <input type="checkbox"/> その他
いつからですか? (日・週・月 前ぐらいから)
治療について急を要しますか? (はい・いいえ)

◆医療・介護連携情報

ケアマネジャー	☎
地域包括	☎
かかりつけ医 (歯科以外)	☎
訪問看護ステーション	☎
その他	

【問合せ・申込先】 電話 058-264-0748 FAX 058-265-6474
岐阜市在宅歯科医療・地域連携支援センター

受付日	連絡日	衛生士訪問日時	依頼日・依頼先
(/)	(/)	(/)	(/)
AM・PM :			Dr. _____

歯科訪問診療申込書【施設】

◆申込者 記入日 年 月 日

施設名	発信者名
住所 〒 -	役職または職種
電話番号	

◆依頼人（患者）情報

ふりがな 氏名 （男・女）	主たる担当者の氏名
生年月日（明・大・昭・平） 年 月 日生 満 歳	
主な疾患（病歴など） 【入所日： 年 月 日 】	
.....	
.....	
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 岐阜市・以外 歯科医院 （最終受診 年 月 ごろ）
依頼理由 ※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> 印をつけてください（複数回答可）
<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> ものがよくかめない <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 飲み込みづらい <input type="checkbox"/> 口が渴く <input type="checkbox"/> 口腔ケア希望 <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 舌痛・舌のよごれ <input type="checkbox"/> その他
いつからですか？（ 日 ・ 週 ・ 月 前ぐらいから）
治療について急を要しますか？（ はい ・ いいえ ）

◆医療・介護連携情報

ケアマネジャー	☎
地域包括	☎
かかりつけ医（歯科以外）	☎
その他	

【問合せ・申込先】 電話 058-264-0748 FAX 058-265-6474
岐阜市在宅歯科医療・地域連携支援センター

受付日 連絡日 衛生士訪問日時 依頼日・依頼先
 (/) (/) (/) (/)
 AM・PM : Dr. _____