

# 訪 問 歯 科 診 療 依 頼 書

依頼日 年 月

患者名（ふりがな）	（ ）		
依頼内容	・ 義歯調整		
	・ 義歯作成		
	・ 歯の治療（痛み 有 無）		
	・ 口腔ケア		
	・ その他		
現病名			
かかりつけ医			
介護者	（続柄： ） 独居		
性別	男 女	生年月日	T S H 年 月 日（ 歳）
自宅住所	市		
訪問先住所	市		
電話番号			
介護度	支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5		
認定期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
介護保険証番号			
医療保険証番号			
障害老人自立度	正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
認知性老人自立度	正常 I II a II b III a III b IV M		
コミュニケーション	出来る（自立・筆談） 出来ない		
かかりつけ歯科医	有（ ） 無		

（以下は施設に入所されている方はご記入ください）

事業所名	
住所	
担当者	
TEL	
FAX	
E-メール	

《 申込先 》

美濃歯科医師会 在宅歯科医療連携室（工藤歯科医院）

電話 0575-35-1182 FAX 0575-33-0521

E-mail mag02210@nifty.ne.jp

\*FAX またはメールにてご連絡下さい。後ほど連絡させていただきます。