

平成 年 月 日

訪問歯科診療・口腔衛生指導依頼表

事業所名	
TEL	()
FAX	()
担当者名	

対象者	氏名	男 ・ 女		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日 () 才
	住所			
	TEL	()		
連絡先	氏名		続柄	
	TEL	()		
かかりつけ歯科医院	歯科医院		特に無し	

希望する治療内容に○をつけ記載願います

歯科治療	主訴	
口腔清掃	主訴	
口腔機能訓練	主訴	

主疾患	年発症			
要介護度	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
移動	屋外歩行	自立 ・ 介助があればしている ・ していない		
	車椅子の使用	用いていない・主に自分で操作している・主に他人が操作している		
ADL				
感染症	有 ()	無		
食事方法	経口摂取 ・ 経管栄養			

瑞浪歯科医師会 FAX 68-8290 電話 68-8227