

関 訪 問 歯 科 依 頼 書

依 頼 日 年 月 日

受付日

事業者名	
担当者	
Tel	
FAX	
e-メール	

患者名					
介護者	(続柄:)				独居
性別	男 女	生年月日	M T S	年 月 日	() 歳
住所	市 町				
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
痴呆性老人自立度	正常	a	b	a	b M
コミュニケーション	出来る(自立・)筆談 出来ない				
かかりつけ歯科医師	有() 無				
依頼内容	・義歯の作成				
	・義歯の調整				
	・歯の治療(痛み: 有 無)				
	・口腔ケア				
	・その他				
現病名					
かかりつけ医					

申し込み先

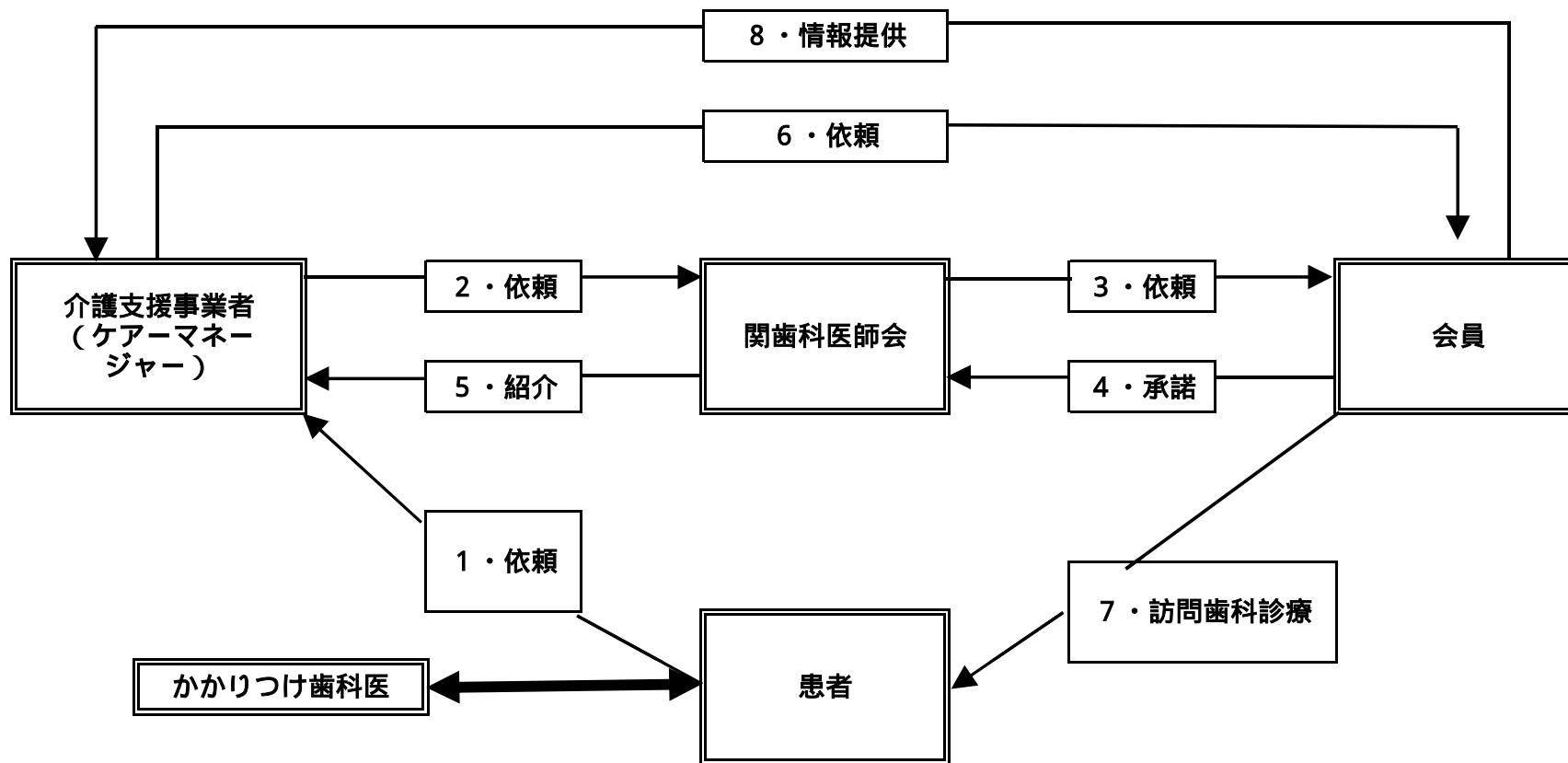
関歯科医師会

電話 22 - 0097

FAX 22 - 0097

FAXにてご連絡ください。後ほど事務局より連絡いたします

担当歯科医師() 了承 年 月 日



* 考察事項

1. かかりつけ歯科医の確認を必ずしてください
2. かかりつけ歯科医の無い場合に別紙事項記載の上申し込んでください
3. 予約の取り方を確認してください