

訪問歯科診療依頼書 (宛・山県歯科医師会)

受付日時		世帯主
患者氏名		性別 1. 男 2. 女
生年月日(年齢)	大正・昭和 年 月 日 ()	
住所		
電話番号		
対象者と相談者の関係	1. 本人 2. 配偶者 3. 子供 4. 子供の配偶者 5. その他の親族 6. 主治医 7. 介護施設 8. 保健所 9. 市保健福祉担当者 10. ケアマネージャー 11. 在宅介護支援センター 12. その他()	
相談者の住所・電話 (患者住所とこのなる場合)	住所: 電話番号:	
相談内容	(本人・家族の希望) 入れ歯が作りたい (口腔内主訴) 1. 歯痛 2. 虫歯 3. 入れ歯が痛い 4. 入れ歯が合わない 5. 噛めない 6. 顎関節痛 7. 物が飲めない 8. 口が乾く 9. 口内炎 10. はぐきが痛い 11. その他() (主治医)	
主な病歴		
特別な治療等	1. 酸素療法 2. 補助呼吸の為のレスピレーター 3. その他の呼吸療法 4. アルコール/薬物依存の治療 5. 抗がん剤療法 6. 透析 7. 中心静脈による輸液・注射 8. 末梢静脈による輸液・注射 9. 経管栄養 10. 胃ろう 11. 血圧(/) 12. 誤嚥	
希望歯科医院	1. あり() 2. なし	
受付・処理状況	(受付氏名)	