

# 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 連携方法	<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。