

訪問歯科診療依頼票

依頼日 令和 年 月 日

- 1、訪問歯科の依頼はどちらですか？ ふじた歯科 ・ 牛久市歯科医師会
- 2、患者様氏名 _____ 様 性別 男・女 年齢 _____ 歳
- 3、患者様住所または施設名 _____
- 4、ご依頼者様氏名 _____ 様 続柄 _____
- 5、折り返しご連絡できる電話番号 _____
- 6、要介護度は？ 要介護（1・2・3・4・5）・要支援（1・2）・不明
- 7、ケアマネージャーさんのお名前と事業所名、連絡先は？
氏名 _____ 様 事業所名 _____
電話番号 _____ 不明
- 8、どんなことでお困りですか？
【 歯 】 痛い 欠けた 取れた 虫歯 歯周病 腫れた
【入れ歯】 痛い 壊れた 新しく作りたい 口内炎
【 ケア 】 口腔ケア希望 口臭 飲み込みづらい
その他（ _____ ）
- 9、往診車を止められるスペースはありますか？ はい ・ いいえ
- 10、ご希望の訪問診療時間 曜日： _____ 時間： _____

ご記入ありがとうございました。翌日までに折り返しご連絡いたします

FAX 番号 **029-874-4823** までお願いします