

訪問歯科診療依頼書

宛先:尾北歯科医師会
訪問歯科診療窓口

岩倉地区窓口:小川歯科医院 TEL 0587-37-7496
FAX 0587-38-2522

※ 依頼は地区担当者へ FAX にてお申し込みください

年 月 日

ご依頼元 事業所 _____
氏名 _____
役職 _____
電話 _____

患者様名 _____ 男・女 _____ 歳
患者様住所 _____ TEL _____
主たる介護者 名前 _____ TEL _____

要介護状態となった疾患名

- | | | | |
|---------|--------|-----------------|---------|
| 1.脳血管障害 | 2.心疾患 | 3.骨関節疾患 | 4.リウマチ |
| 5.老衰 | 6.認知症 | 7.感覚器障害(盲・聾・難聴) | |
| 8.肢体不自由 | 9.知的障害 | 10.てんかん | 11.情緒障害 |
| 12.自閉症 | 13.腫瘍 | 14 その他 () | |

ご依頼内容

該当箇所にチェックを入れてください

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い | <input type="checkbox"/> 歯が動く | <input type="checkbox"/> 噛めない・食べれない |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきの腫れ・出血 | <input type="checkbox"/> 舌の痛み | <input type="checkbox"/> 口の中に傷がある |
| <input type="checkbox"/> むせる | <input type="checkbox"/> 呑み込みが悪い | <input type="checkbox"/> 開口障害がある |
| <input type="checkbox"/> 口が汚れている | <input type="checkbox"/> 口臭がきつい | <input type="checkbox"/> 口腔ケア・口腔清掃してほしい |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

特記事項

お願い かかりつけ歯科医がございましたらお知らせください