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**

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・関係　　　　　　　　　　　　　TEL

要介護状態となった疾患名

□　認知症　　　　　　　□　脳血管疾患　　　　　　　　□　衰弱

□　骨折・転倒　　　　　□　心疾患　　　　　　　　　　□　関節疾患（リウマチ）

□　呼吸器疾患　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

ご依頼内容

□　歯が痛い　　　　　　□　歯茎の腫れ・出血 　　　 □　歯が動く

□　取れた　　　　　　　□　口の中の怪我　　　　　　□　入れ歯が合わない・作りたい

□　口腔ケア・口腔清掃　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

特記事項

(Ｂ型・Ｃ型肝炎などの感染症、アレルギー、骨粗鬆症、血が止まりにくい、治療に影響を

及ぼしそうな薬を服用している等があればお知らせください。）

　通院されていた歯科医院があればお知らせください。