

訪問歯科診療依頼書

年 月 日

フリガナ 氏名	性別 男・女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日	歳
住所 〒		電話番号 () -	

医療保険	公費負担者番号		保険者番号		本人・家族
	公費負担医療の 受給者番号		記号・番号	・	
	身障 公費負担者番号		有効期限	年 月 日	
	公費負担医療の 受給者番号		一部負担金の割合	1割・2割・3割	
負担金上限額 外来 円・入院 円		※有効期限 年 月 日～ 年 月 日			

介護保険	保険者番号		区分	要支援1	要支援2	
	被保険者番号			要介護1	要介護2	要介護3
	有効期限	年 月 日～ 年 月 日		要介護4	要介護5	
	交付年月日	年 月 日	認定年月日	介護支援事業所名 ケアマネ名		
	一部負担金の割合	1割・2割・3割		住所		
			TEL			

歯科疾患	患者さんが何を訴えられていますか？該当するものに○をつけて下さい。
<p style="text-align: center;">歯が痛い 歯が動く 歯ぐきが痛い 歯ぐきが腫れた 入れ歯が噛めない 入れ歯が外れる</p> <p style="text-align: center;">その他</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

診療情報	病状・既往歴など	通院困難の理由(入院中の傷病名)
服薬状況		感染症(+、-、不明)
アレルギー(薬、食べ物、その他)		観血的処置の 可・否

主介護者氏名〔続柄〕	()	連絡先	() -
------------	-----	-----	-------

主治医氏名： _____	医療機関名： _____ 階
訪問依頼者： _____	所在地： _____
	電話番号： _____