

在宅歯科診療依頼票

受付日 平成 年 月 日

依頼元	住所			
	病院/施設 /事業所名		担当者名	
	TEL		FAX	

フリガナ				性別	男 ・ 女				
患者氏名									
生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳			
住所				TEL					
主訴									
障がい高齢者の日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
病名（既往歴）									
その他 特記事項及び連絡事項（在宅または入院中・入所中、主治医の意見等）									

保険の種類		身障手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 級）
緊急性	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 小	痛みの程度	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 小
連絡先TEL		かかりつけ歯科医院	

----- 切り取り（以下、担当歯科医師記入欄です。） -----

在宅歯科診療結果報告書

患者氏名	
傷病名	
処置内容	
実日数、転帰	
担当歯科医師名	

※後日結果報告をお願いします。 FAX 382-9437（鈴鹿歯科医師会 ver1.1）