

## 歯科依頼書(わかる範囲で結構です)

ご連絡日 (平成 年 月 日)

フリガナ \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_  
申込者氏名 (患者様との続柄)

フリガナ \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_  
患者氏名 (男・女) ( 歳)

現在の身体状況

寝たきり ・ 車イス ・ つえ歩行 ・ 長時間の歩行不可 ・ 自立歩行  
全身的病名 ( )

健康保険 (有・無) 介護保険 (有・無) 身障者手帳 (有・無) 原爆手帳 (有・無)

主治医 \_\_\_\_\_ (病医院名) \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_ )

ケアマネジャー \_\_\_\_\_ (事業所名) \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_ )

主訴 (どのようなご依頼ですか?)

(右上・左上・右下・左下) の (歯・歯茎・入れ歯・その他 ( )) が  
ズキズキする・グラグラする・噛むといたい・出血する  
( ) がとれた・われた・合わない・作りたい  
その他 ( )

その他、上記にない症状 (口臭がする・誤嚥性肺炎を繰り返す)

また、判断がつかない症状、口腔ケアの指導の依頼などがありましたら  
下記に記載ください

※以下の場合には訪問歯科診療ができません。

- 定期的で高頻度な医科通院歴
- 歯科からお宅までの距離が 16km 以上
- 歯科を併設する病院・施設への訪問診療

たなか歯科医院 FAX 0957-24-6481