

在宅歯科診療・相談連絡表

歯科医院 様へ

平成 年 月 日

各地区連絡窓口

草津担当 ; FAX 077-561-4387 高田歯科
 栗東担当 ; FAX 077-551-4387 みきや歯科
 守山担当 ; FAX 077-581-1230 大橋歯科クリニック
 野洲担当 ; FAX 077-588-5886 きた歯科医院
 分からない事があれば担当者にFAXを送って御相談下さい

居宅介護支援事業所
 所在地
 電話/FAX
 介護支援専門員名

※部は個人情報保護のため、介護支援専門員に電話で確認してください。

患者氏名(イニシャル)	・	※ 氏名は電話で確認	性別(男・女)
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日 歳
住所	市	※ 番地等は電話で確認	
患者電話番号	※ 患者電話番号は電話で確認		
介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	
主介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他()		
かかりつけ歯科医院	有・無 歯科医院名;		
認知症・日常生活の状況	認知症の有無 有・無		
主な病名			
病歴(簡単に)			
医科主治医	病院名	主治医名	
通院困難な理由	高齢・歩行困難・寝たきり・その他		
歯科における主訴	歯 ; 痛い、虫歯、しみる、詰め物脱離、動揺、 _____ 歯肉 ; 痛い、腫れた、出血、排膿、違和感、 _____ 入れ歯 ; 不適合(痛い)、破損、新製希望、 _____ 清掃 ; 歯石除去希望、歯磨き指導希望、 _____ 相談 ; 内容() その他 ;		
アポイント	訪問希望日、時間帯		
駐車場の有無	有・無	※ 詳細は電話で確認	
その他 特記事項			