

訪問歯科診療実施報告書

様式3

報告日 年 月 日

実施歯科医院	歯科医院		歯科医師
依頼連絡日	年 月 日	訪問初診日	年 月 日
患者情報	市在住 男・女 才 要介護 1・2・3・4・5 主たる疾患 ()		
訪問先	自宅・病院 (病院) ・施設 () その他		
主訴			
訪問回数	回		
訪問歯科衛生指導の有無	あり (回) ・なし		
居宅療養管理指導の有無	あり (回) ・なし		
歯科衛生士の同行	あり (診療補助・口腔ケアまたは指導) ・なし		
特記事項	<p style="text-align: center;">* ご報告ありがとうございました *</p>		

(一社) 草津栗東守山野洲医師会 在宅歯科医療連携室

FAX: 077-581-3370

mail: kurimoyarenkeisitu@gmail.com