

訪問歯科診療実施報告書

様式3

報告日 令和 年 月 日

\* 下記の患者様のご報告をお願いいたします

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 氏名		男・女
	生年月日 T・S・H		年 月 日 ( 歳)
	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 (医療保険)	歯科医師	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	歯科衛生士	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
居宅療養管理指導の有無 (介護保険)	歯科医師	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	歯科衛生士	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
継続(予定)の有無	<input type="checkbox"/> 治療	<input type="checkbox"/> 口腔ケア	<input type="checkbox"/> なし
治療内容			
<input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 義歯 ( 調整 ・ 新製 ) <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> その他			
主訴の治療終了日                      令和                      年                      月                      日			

ご報告ありがとうございました。

**在宅歯科医療連携室**

(一社)草津栗東守山野洲歯科医師会  
 TEL 077-581-3355 FAX 077-581-3370  
 E-mail : kurimoyarenkeisitu@gmail.com  
 担当 堀