

# 訪問歯科診療依頼票

受付日 平成 年 月 日

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

フリガナ				性別	男・女				
患者氏名				年齢	歳				
生年月日	明・大・昭	年	月	日					
住所				TEL					
依頼理由									
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	Ia	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
病名（既往歴）									
その他 特記事項及び連絡事項（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
以前かかっていた歯科医院					

※初回往診時までに必ず保険証（コピー可）をご用意下さい。

※後日結果報告をお願いします。FAX 382-5871(鈴鹿歯科医師会)