

訪問歯科診療・連絡票

【歯科医院（診療所）→地域歯科医療連携室】

連携室よりお願い

西部地域における訪問診療の実情を把握するため、会員の皆さまへご協力をお願い申し上げます。歯科医院へ訪問診療の依頼がありましたら必要事項をご記入の上、FAXにてお知らせ下さい。

____年 ____月 ____日

新規患者 自院通院歴のある患者 訪問診療の再依頼

患者氏名 (_____) *イニシャルで可

住所 (_____) *番地等記載不要

要介護度 (_____)

主病名 (_____)

依頼主 ケアマネジャー 事業所名: _____

主治医 医院名: _____ Dr.

家族 続柄: _____

その他 職種: _____

依頼内容・困りごと

- 歯や歯肉の痛み 入れ歯の調子が悪い 口腔ケア
 お茶や汁物等でむせる 口が渇く 摂食・嚥下
 その他 (_____)

訪問先 自宅 施設 (_____)

連携室による事前・口腔内情報収集 必要 不要

備考

以上です。ご協力ありがとうございました。

鳥取県西部歯科医師会 地域歯科医療連携室
TEL (0859) 33-3864
FAX (0859) 33-3925