

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。

依頼日： 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 にチェック✓をお願いします

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