＊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