

在宅歯科診療 訪問依頼患者の紹介

H 年 月 日

依頼元：

TEL：

担当者：

ふりがな

患者氏名：

男 女 年齢

介護度：・認定なし ・要支援 ・要介護1 ・要介護2 ・要介護3 ・要介護4 ・要介護5

患者住所：

TEL：

主訴：

①口腔内

②既往歴

③現況

④他科受診状況

⑤服薬状況

主な介護者：

TEL

備考

・駐車場 有 無
・日程調整等の連絡先 ()
・訪問希望日 有 無 ()

後日、患者様の経過について返送用FAXにてお知らせさせていただきますようご協力お願いいたします。



紫波郡歯科医師会
在宅歯科医療連携事務局（六本木歯科医院内）
Tel,Fax:019-672-4919