

歯科訪問診療 依頼書

平成 年 月 日

タカサゴデンタルオフィス 宛
F A X 097-594-5008
 TEL 097-594-5004
 大分市高砂町1-5 高砂ビル7階
 タカサゴデンタルオフィス

依頼元（記入者）	
所在地 名称	
担当者名	
TEL・FAX	

フリガナ			生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生（ 歳）
患者氏名					
性別	男・女				
住所	〒				
電話	() -	FAX	() -		

ご依頼内容 <small>（該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>をいれてください）</small>	<input type="checkbox"/> 口の中を検査してほしい <input type="checkbox"/> むし歯の治療（歯が痛い・歯が欠けている） <input type="checkbox"/> 歯周病の治療（動く歯がある・歯ぐきがはれている） <input type="checkbox"/> 口の中の清掃（痰や汚れがベタつきついている・臭いがある・口の中が乾燥している） <input type="checkbox"/> 義歯の調整（入れ歯があたって痛い・口の中に傷ができています） <input type="checkbox"/> 義歯の修理（入れ歯が落ちる・合わない・咬めない・バネが折れている・入れ歯が割れている） <input type="checkbox"/> 義歯の新製作（入れ歯を持っていない・無くした・入れ歯が合わないので新しく作りたい） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害（食べる時や飲み込む時にむせる・なかなか飲み込めない・食事に時間がかかる） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
--	---	--	--	--	--

※ 該当する項目に○印をつけてください。

【病名】

* 服薬 あり（処方箋別紙記載） ・ なし

【生活状況】 ひとり暮らし ・ 家族と同居 * 退院・退所 予定あり（H / 予定）

【国保】 本人 ・ 家族

【社保】 本人 ・ 家族

【生活保護】

被保険者番号
保険者番号

記号	番号
保険者番号	

公費負担者番号
受給者番号

【前期高齢者】 1割 ・ 2割 ・ 3割

【介護保険】

被保険者番号
保険者番号

【後期高齢者】 1割 ・ 3割

【介護度】

要介護	5・4・3・2・1
要支援	2・1

【生活自立度】 寝たきり度 J・A1・A2・B1・B2・C1・C2

認知状況 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

【重度心身障害】 障課 ・ 老課
障初 ・ 老初

【特定疾患医療受給証】

公費負担者番号
受給者番号

【通院困難な理由】

【特記事項】 * 身体障害者： 種 級