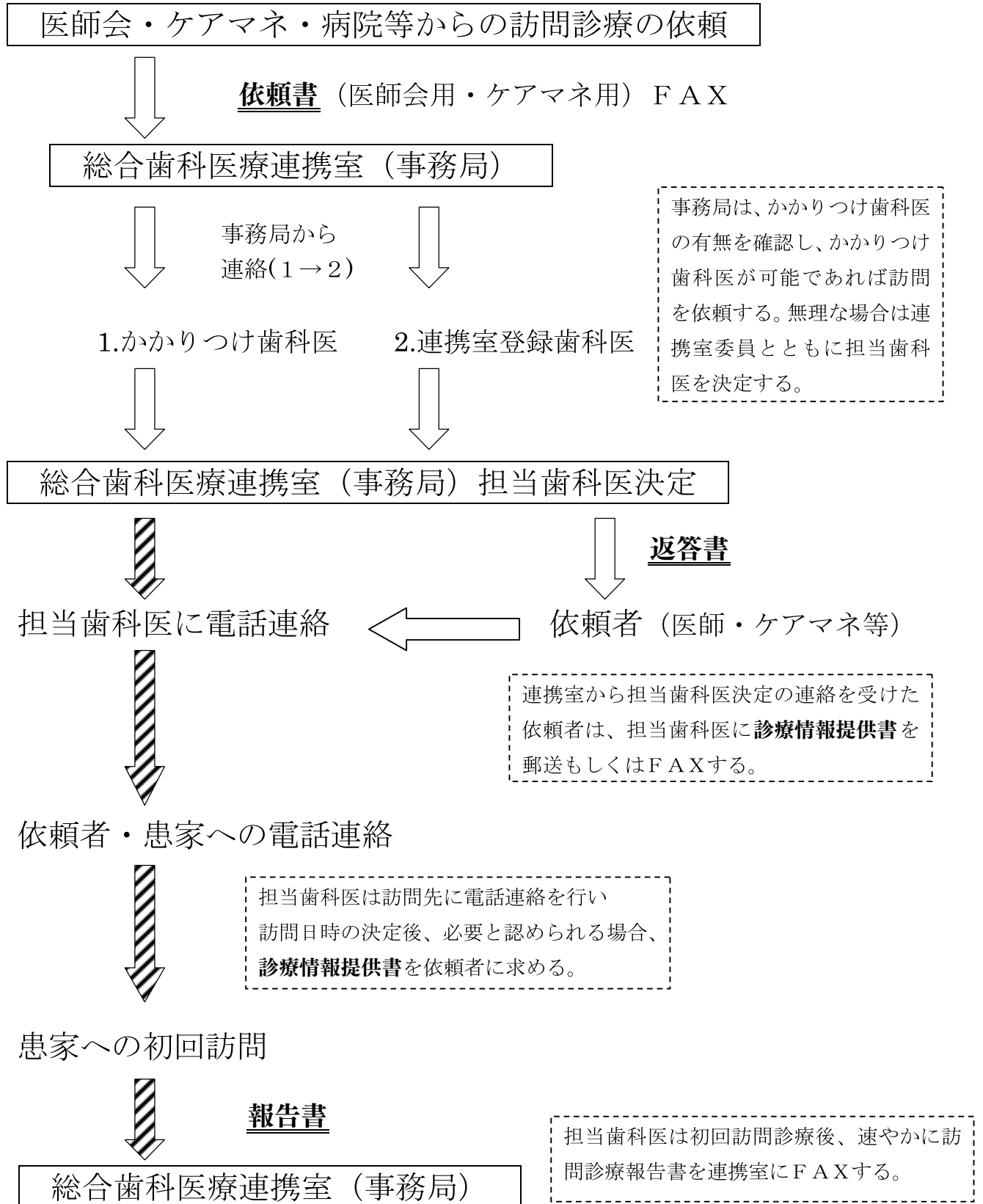


# 総合歯科医療連携室利用のフローチャート



※ 担当歯科医は初回訪問以降、訪問治療期間を通じて必要に応じて依頼者に対して**診療情報提供書**を作成し、郵送もしくはF A Xする。(適宜)

# 松山市医科歯科連携訪問歯科診療 依頼書

平成 年 月 日

総合歯科医療連携室宛

Fax 089-947-8654

☎ 089-932-5407

依頼元医療機関	
所在地	
名称	
医師名	
電話	Fax

フリガナ 患者氏名			<input type="checkbox"/> 男	生年	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平		
			<input type="checkbox"/> 女	月日	年	月	日 ( 歳)
訪問先住所	〒						
	電話 —						
(施設の場合、いずれかを☑してください) <input type="checkbox"/> 施設系 <input type="checkbox"/> 居宅系							
訪問希望日 時間帯 希望する時間を、ご記入ください (複数可)	曜日	月	火	水	木	金	土
	午前						
	午後						
紹介目的	<input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 歯科治療 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
主たる傷病名							
全身状態等 (注意すべき点があれば、ご記入ください)	<input type="checkbox"/> 出血傾向 <input type="checkbox"/> 肺炎の既往 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 摂食困難 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 栄養不良 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
緊急性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
かかりつけ 歯科診療所	<input type="checkbox"/> あり (診療所名 ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明						
介護認定	<input type="checkbox"/> 有 ( 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2    要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ) <input type="checkbox"/> 無						
健康保険	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 公費負担者番号 ( )						

担当歯科医師が決まりましたら連絡致しますので、  
 歯科医師への診療情報提供書をお願いします  
 訪問日時・時間帯はご期待に沿えない場合もありますが  
 ご了承ください

連携室	事務

# 訪問歯科診療申込書

連携室	事務

(宛先：総合歯科医療連携室 FAX 947-8654)

☎ 089-932-5407 平成 年 月 日

ご依頼ケアマネージャー 事業所名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 歳

訪問先住所・電話

☎ \_\_\_\_\_

(施設の場合、いずれかを○で囲んでください) 施設系・居宅系

全身の状態・傷病名

訪問希望日時・時間帯

利用者の状況

該当箇所に入 れてください チェックを	<input type="checkbox"/>	口が汚れている	<input type="checkbox"/>	飲み込みが悪い
	<input type="checkbox"/>	口が臭う	<input type="checkbox"/>	むせる
	<input type="checkbox"/>	歯が痛い	<input type="checkbox"/>	その他
	<input type="checkbox"/>	歯が動く	〔 _____ 〕	
	<input type="checkbox"/>	かめない		
	<input type="checkbox"/>	傷がある		
	<input type="checkbox"/>	入れ歯が合わない		
	<input type="checkbox"/>			

お願い かかりつけの歯科医院がございましたら、  
ご記入願います \_\_\_\_\_

承諾書 ご依頼に対する本人または家族の承諾  
(署名あるいは押印をお願いします) \_\_\_\_\_

注意 訪問日時、時間帯はご期待に沿えない場合もありますが、ご了承ください

## 松山市医科歯科連携訪問歯科診療 返答書

平成 年 月 日

先生・様

---

いつもお世話になります

月 日 ご依頼いただいた（ 様）の

訪問歯科診療について、下記の連携室登録歯科医が

担当することになりましたので、ご報告申し上げます。

お手数ですが、担当歯科医まで診療情報提供書を郵送もしくは

F A Xにて、ご送付お願い申し上げます。

担当歯科医師名	
歯科医院名	
電話・F A X	— Fax ( — )
備考	

松山市歯科医師会総合歯科医療連携室

Fax 089-947-8654 ☎ 089-932-5407