歯科往診依頼書（松山市民用）

平成　　年　　月　　日

総合歯科医療連携室宛

Fax　089－947－8654

☎　089－932－5407

依頼元情報
住所
氏名
電話　　Fax

フリガナ 患者氏名		□男 □女	生年 月日	□明　□大　□昭　□平 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)　□　**施設系**　□　**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	□　お口のケア　　□　むし歯　　□　入れ歯 □　その他　　（　　）
傷病名	
全身状態	□　口が汚れている　　□　口が臭う　　□　歯が痛い □　歯が動く　　□　かめない　　□　入れ歯が合わない □　食べ物を飲み込みにくい　　□　むせやすい □　胃瘻をしている　　□　体重の増減が激しい □　その他　（　　）
服用している薬	□ なし　□　あり（薬名：　　）
かかりつけ 歯科医院	□ あり（医院名　　） □ なし　　□　不明
介護認定	□　有　（　要支援　□１□２　　要介護　□１□２□３□４□５　） □　無

担当歯科医師が決まりましたら**依頼元様へ**ご連絡致します。
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