

みどり歯科訪問診療 ご紹介状

在宅・施設に訪問診療いたします。

みどり歯科

06-6180-7081

差し支えの無い範囲で結構ですのでご記入お願いいたします。

〒538-0054大阪府大阪市鶴見区緑1-19-2

訪問希望日時	年	月	日	時	分
--------	---	---	---	---	---

ご紹介元名称		ご紹介氏名	
住所	TEL		
	FAX		

フリガナ					
希望者 お名前				TEL	
生年月日	大正・昭和	年	月	日	性別 男 女
訪問先種別	自宅	病院	施設	名称	
訪問先住所					
連絡先	お名前			TEL	
ケアマネージャー				TEL	
主治医 (内科・他)				TEL	
健康保険証の種別	後期高齢者 ・ 1割 ・ 2割 ・ 3割 ・ 生保 ・ 障害 ・ 福祉 ・ 国保 (割)				
介護保険負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割			通院困難理由	
要介護認定	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5				
現在の問題点	・口腔ケア ・ むし歯 ・ その他 () ・痛み (自歯 ・ 歯茎 ・ 義歯) ・ 場所 (上 ・ 下 ・ 右 ・ 左) 出血 (有 ・ 無) 腫れ (有 ・ 無) 食事は摂れている ・ 食事できない 義歯 (作成 ・ 調整 ・ 修理 ・ 洗浄 ・ 義歯裏張替え ・ その他				
現在の状態	義歯 (有 ・ 無) 総義歯 ・ 部分義歯 (上 ・ 下 ・ 右 ・ 左) うがいできる ・ 吐き出しができる ・ 起き上がる				
デイ利用日	(月)	(火)	(水)	(木)	(金) (土)
AM					
PM					
その他					
既往歴 (病名)					
感染症	C肝 ・ B肝 ・ HIV ・ 梅毒 ・ その他 ()				
特記事項					