

診療情報提供書（歯科往診申
込書）

申込日時 年 月 日

城東区歯科医師会 _____ 歯科
_____ 先生 御侍史

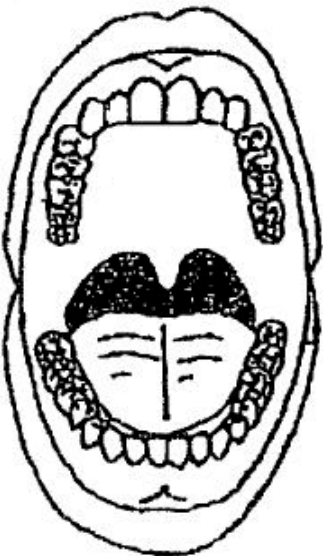
ご依頼者（本人・家族・在宅主治医）		城東区医師会		医院・診療所	
		主治医			
		住所			
		電話			
		FAX			
フリガナ		性別	年齢	家族構成	家族状況
患者氏名	様		歳		
キーパーソン(介護者)	ご関係				
患家住所				連絡先電話番号	
駐車スペース 無・有 → 場所 ()					
在宅診療になられた理由、通院困難なご事情（病歴）			※薬アレルギー 有・無 () ※抗血小板薬 有・無 () ※肺炎の既往 有・無 () ※抗凝固薬 有・無 () ※感染症 有・無 () ※ビスフォスフォネート 有・無 ()		
発病年月日： 年 月頃					
身体の状況					
歩行： 全介助・部分介助・自立			移乗： 全介助・部分介助・自立		
座位保持：全介助・部分介助・自立			食事： 全介助・部分介助・自立		
意思疎通：可・不可・困難			食形態：全介助・部分介助・自立		
患者様の要望・主訴					
診療依頼事項					
保険証の種類	介護度()・国保・社保本人・社保家族・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者				
担当者 訪問看護師 ケアマネジャー 薬剤師	お名前	事業所名	電話番号	FAX 番号	

歯科担当医より 連絡事項	
-----------------	--

◎情報共有のための連絡報告シートとして、お気軽にご利用ください。

氏名	
----	--

歯と口の情報共有シート

生活状況	
歯科へ	

歯科から

