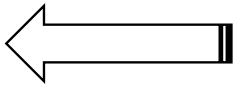


# 歯科訪問診療依頼書



宛先: 飯田下伊那歯科医師会 FAX 0265-24-8300

平成 年 月 日

依頼先ケアマネージャー

事業所名

氏名

電話

患者名

歳

住所

電話

介護度

該当箇所  
に  
チ  
ェ  
ツ  
ク  
を  
入  
れ  
て  
く  
だ  
さ  
い。

## 依頼内容

- |                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い     | <input type="checkbox"/> 飲み込みが悪い |
| <input type="checkbox"/> 歯が動く     | <input type="checkbox"/> むせる     |
| <input type="checkbox"/> 噛めない     | <input type="checkbox"/> その他     |
| <input type="checkbox"/> 口が汚れている  |                                  |
| <input type="checkbox"/> 傷がある     |                                  |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない |                                  |
| <input type="checkbox"/> 口が臭う     |                                  |

## ■基礎疾患

- 脳血管疾患(脳卒中、脳梗塞など) 呼吸器疾患 神経疾患 外傷・骨折  
糖尿病 腰痛その他の骨、関節疾患 肝臓病 腎臓病 認知症  
高血圧 心臓病

## ■日常生活自立度

ランク  J  A  B  C

## ■認知症老人の日常生活自立度

ランク  I  II  IIa  IIb  III  IIIa  IIIb  IV  M

## ■患者のかかりつけ医療機関(主治医)

医療機関名

主治医名

所在地

電話番号

## ■希望の歯科医院

\_\_\_\_\_

■依頼に対する患者の承諾(本人または家族の署名、または押印願います。)

\_\_\_\_\_