　　　　　　田原市歯科往診依頼書（診療情報提供書）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

＜ご依頼先＞

　　　　　　　　　　　（歯科）御中

該当箇所に〇を付けてください。（　施設・在宅　）へ歯科往診をご依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者情報 | （フリガナ）  患者氏名 | 男・女 女 | | | | | | | 生年月日 | | | 明・大  昭・平 | | | | 年 月 日 | | |
| 現住所 |  | | | | | | | | | | | 電話番号 | | |  | | |
| ケアマネ  ジャー | あり  なし・不明 | 事業所名：　　　　　　　　　　担当者：  電話番号：　　　　　　　　　　FAX番号： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険情報 | 主保険 | 社・国・他 | 本人・家族 | | | 記号 | | |  | | | | | | 番号 | |  | |
| 保険者番号 |  | | | 被保険者氏名 | | | | | |  | | | | | | 続柄 |  |
| 公費種類 |  | | 負担者番号 | | |  | | | | | | | 受給者番号 | | |  | |
| 介護保険 | あり ・ なし | | 要支援： 1・2 | | | | | | 要介護： | | | | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | | | | |
| かかりつけ歯科 | | 歯科 | | | | | | かかりつけ医 | | | | | | 医院  　　　　　　　　　　クリニック | | | | |
| 紹介目的  （歯科的主訴） | | * 歯周病治療（ 歯がぐらぐら ・ 歯肉炎 ・ 歯痛　等） * 義歯の作成（ 入れ歯がない ） * 義歯の調整（ 入れ歯が合わない ・ 潰瘍形成 ・ 入れ歯の破損 等） * 口腔内ケア（ 口腔内の汚れがひどい ） * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名または  　全身状態  （注意事項） | | □抗血栓薬投与中　□ﾋﾞｽﾌｫｽﾌｫﾈｰﾄ製剤投与中　□その他（ 　　　　 　　　　 ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 感染症の有無 | | なし　　・　　不明　　・　　あり（　　　　　 　　　　　　　　 　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 駐車スペース | | あり（　自宅前　・他　　　　　　　　　　　　　）　なし | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　＜依頼者＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　田原市歯科医師会2018.10作成

事業所名:　　　　　　　　　　　　担当者：

　連絡先：電話番号　　　　　　　　　　　　FAX番号