

訪問診療依頼票

記入日： 年 月 日

たつみ訪問歯科クリニック

ご依頼者

院長 皆川 龍身 あて

事業所・施設名

TEL: 04-7186-7758

担当者名

FAX: 04-7186-7759

TEL:

FAX:

不明な点は空欄でもかまいません。

フリガナ	性別	男 女	年齢	歳	連絡先 (TEL)
氏名 (受診する人)					
住所 (受診する人)	市	町			
郡		村			
主な介護者	続柄：				
介護者の連絡 先					
通院困難の理 由					
歯科診療の主 訴					
基礎疾患 (主な病名)					
感染症	なし ・ あり (感染症種類)				
アレルギー	なし ・ あり ()				
要介護認定	あり () ・ なし				
意思疎通	十分可 ・ やや可 ・ 不可				
介護サービス の状況					
特記事項 (希望の曜 日、 服薬情報等)					

訪問日の予約について	<p>1. 本人と連絡をとって決めてほしい。</p> <p>2. 家族と連絡をとって決めてほしい。</p> <p>3. 日程については事業所や施設の担当者が決めたいのでFAXを見たら、依頼者あてに連絡がほしい。</p> <p>4. その他()</p> <p>* 1と2の場合は第1回目の訪問日が決まり次第こちらからご依頼者さまへご連絡致します。</p> <p>3の場合はFAX確認後、こちらからご依頼者さまへご連絡致します。</p> <p>4の場合は内容によってそれぞれ対応させていただきます。</p>