

訪問歯科診療依頼書

依頼日  
年 月 日

依頼者氏名  
氏名:

小嶋デンタルクリニック  
〒422-8042  
静岡市駿河区石田3-11-32  
TEL 054-654-1020  
FAX 054-654-1021

受信者 フリガナ 生年月日  
氏名: 男・女 明・大・昭・平 年 月 日

自宅住所  
〒 Tel:  
携帯:

入居施設: 担当ケアマネージャー  
氏名:

ご家族連絡先  
フリガナ  
氏名: 続柄:  
〒 Tel:  
住所: 携帯:

1.依頼内容  
入れ歯の調子が悪い 歯痛  
歯茎が痛い その他 ( )

2.受診者の状況  
要支援 要介護 1・2・3・4・5 障害者手帳 有 無

特定疾患受給者証 有 無

3.全身疾患  
肝臓病 B型・C型 高血圧 心臓病 骨粗しょう症 糖尿病  
結核 パーキンソン病 その他( )

4.意思疎通 5.状態  
可能 不可能 自走 車椅子 歩行器 ベット座位 その他

6.血圧: 最高: 最低: 7.依頼理由:

8.他病院への通院  
病院 科 週 回 月 回

訪問希望日  
第一希望: 第二希望: 第三希望: