# 訪 問 歯 科 診 療 依 頼 書

年　　月　　日

| フリガナ<br>氏名 | 性別<br>男・女 | 生年月日<br>M・T・S・H　　年　月　日 | 歳 |
|---|---|---|---|
| 住所　〒 | | 電話番号<br>（　　）　　ー | |

**医療保険**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | |
| 公費負担医療の受給者番号 | | | | | | | | | |
| 身障 | 公費負担者番号 | | | | | | | | |
| | 公費負担医療の受給者番号 | | | | | | | | |
| 負担金上限額 | 外来　　円・入院　　円 | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 保険者番号 | | 本人・家族 |
| 記号・番号 | ・ | |
| 有効期限 | 年　月　日 | |
| 一部負担金の割合 | 1割 ・ 2割 ・ 3割 | |
| 限度額認定証の有無 | 無 ・ 有（　　） | |
| ※有効期限 | 年　月　日～　年　月　日 | |

**介護保険**

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 有効期限 | 年　月　日～　年　月　日 | | |
| 交付年月日 | 年　月　日 | 認定年月日 | 年　月　日 |
| 一部負担金の割合 | 1割 ・ 2割 ・ 3割 | | |

| | |
|---|---|
| 区分 | 要支援1　要支援2<br>要介護1　要介護2　要介護3<br>要介護4　要介護5 |

介護支援事業所名
ケアマネ名
住所
TEL

**歯科疾患**

患者さんが何を訴えられていますか？該当するものに〇をつけて下さい。

歯が痛い　歯が動く　歯ぐきが痛い　歯ぐきが腫れた　入れ歯が噛めない　入れ歯が外れる

その他

**診療情報**

病状・既往歴など　　通院困難の理由（入院中の傷病名）

服薬状況　　感染症（＋、－、不明）

アレルギー（薬、食べ物、その他）　　観血的処置の　可・否

| 主介護者氏名〔続柄〕 | （　　） | 連絡先 | （　　）　ー |
|---|---|---|---|

主治医氏名：　　医療機関名：　　：　　階

訪問依頼者：　　所在地　：

電話番号　：

**連絡先**

コープ倉田歯科　　岡山市中区倉田 680-1
TEL：086-237-8888　FAX：086-237-0808