

医科連携訪問加算に係る訪問歯科診療依頼書

※診療情報提供書を添えていただきますようお願いいたします。

依頼日 年 月 日

公立甲賀病院 歯科保健センター宛	
依頼者（記録者） 名	職種
訪問歯科診療および口腔管理について 別紙診療情報提供書を添えて依頼します。	
ふりがな	生年月日 明 大 昭 平
対象者氏名	年 月 日 (満 歳)
対象者住所 〒	電話番号 ()
依頼内容（主訴）	
通院困難な理由	
病院名	

口腔内状況	全身状況
【現在の状況】 痛みがある 腫れている 出血している 噛めない 食べられない 飲み込めない その他 ()	【寝たきりとなった原因疾患】 () 【いつから】 (年 月頃) 【現在の状況】 ()
【歯の有無】 自分の歯 あり なし 義歯 あり なし	【麻痺の有無】 あり なし 【障害などの有無】 あり→言語 聴力 視力 認知症 その他 () なし
【食事の内容】 経口 経鼻 胃瘻	【理解力】 あり なし
【食事方法】 自立 部分介助 全介助	【日常生活自立度】 J A1 A2 B1 B2 C1 C2
【歯磨き】 自立 部分介助 全介助	【介護度】 要介護 1 2 3 4 5
【うがい】 自立 部分介助 全介助	【かかりつけ医】 病院 科
【その他連絡事項】 ()	主治医 Dr 【服薬名】 ()