

歯科往診依頼書・情報提供書

【各施設及び、事業所、患者ご家族の方へ】

医療保険証（後期高齢者保険証・国民健康保険証）、介護保険証、医療証など患者様が
お持ちのすべての保険証のコピーをこちらの依頼書用紙と一緒にFAXをしていただくか、診療にお伺いした
際にスタッフにお渡し下さい。

なお、各保険証には有効期限があります。新しく更新された際は保険証のコピーをご用意頂きます様お願い
いたします。

申込日：令和 年 月 日

【患者様情報】

ふりがな		生年月日	大・明 昭・平	年 月 日
氏名	様			
訪問先	在宅・施設・病院など（名称 駐車場 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		訪問先 TEL	
訪問先住所	〒		訪問先 FAX	
請求書送り 先ご住所	〒 ※訪問先と同様の場合は記載不要です		請求書送り 先TEL	氏名 続柄
主訴	<input type="checkbox"/> 歯・歯茎が痛い <input type="checkbox"/> 歯が折れた <input type="checkbox"/> 被せもの等がとれた <input type="checkbox"/> 歯が揺れている（抜歯になる場合があるので本人又はご家族に同意を事前に得てください） <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯を新しく作りたい <input type="checkbox"/> 口腔ケア希望 <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
基礎疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> 不明			
服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） ※ <input type="checkbox"/> 血液さらさらのお薬を飲んでいる ※ <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症のお薬を飲んでいる（ビスフォスフォネート製剤）			
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			
ケアマネ	ケアマネがいる場合は担当者名・事業所名を記載お願い致します			

【ご依頼者情報】 ※訪問先・請求書送り先と異なる場合はご記入ください。

氏名	(続柄)
事業所名称	※事業所の場合のみ記入をして下さい (担当者)
TEL	

だい歯科訪問クリニック FAX 025-256-8207