

## 九条診療所歯科 往診依頼書

依頼日	年 月 日	依頼者	( Dr・CM・他 )
依頼事業所		電話	
		FAX	

ふりがな 患者氏名	女・男	生年月日	年 月 日
住所	〒		
電話番号1		電話番号2	

医療保険資格	社保本人・社保家族・国保・生保・後期・その他(該当に○)		
保険者番号		公費負担番号	
記号		受給者番号	
番号		被保険者氏名	
負担割合	(有・無) 1割・3割		重障老人・公益減免(該当あれば○)

介護保険情報	要介護度		負担割合	
介護保険者番号			被保険者番号	
事業所名			電話番号	
* 1号用紙・保険証コピーを別紙FAXでも可			担当ケアマネ氏名	

患者管理状態	入院中( 号室)・在宅	主治医	
主訴			
備考			
病名・全身状態 (通院困難な理由)			
意識状態	認知症(有・無) 意思疎通(可・否) その他( )		
感染症	HB(+・-) HCV(+・-) Wa氏(+・-)		
義歯の有無	上(有・無) 下(有・無) 不明		
抜歯等、小外科的 処置の可否	(可・否)		
現在の処方内容			
往診希望曜日	月・火・水・金 (該当に○) (* 往診時間 13時40分~16時30分) 介護サービスなどで訪問困難な曜日→( ) ※訪問口腔ケアに関しては、個別調整させていただきます。		