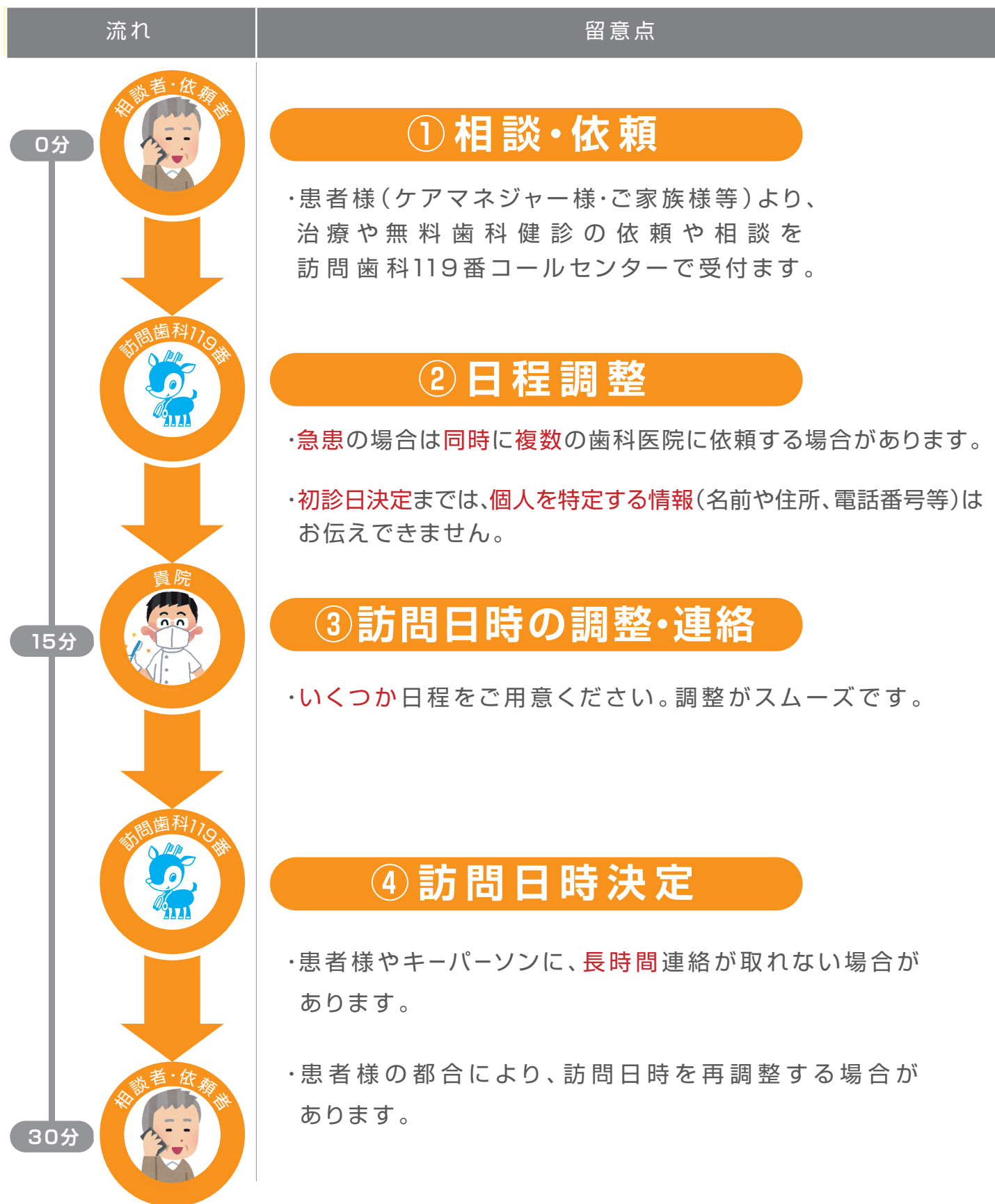


🦷 初診日決定までの流れ 🦷



訪問日時決定後、患者様の情報は
訪問歯科119番 ➡ 貴院へFAXいたします。

- 電話でヒアリングするため、事実と内容が異なる場合があります。
- 訪問日時確定後、患者様の情報「訪問歯科診療依頼書(例)」(裏面)をFAXします。

現場で記載内容に相違がないか必ず確認してください。

訪問歯科診療依頼書(例)

患者ID: 7534

担当歯科医院名:

いきいきスマイル歯科医院

御中

受付日: 2019年4月15日

初回訪問日時

2019年4月16日 金曜日 14時30分 頃

お名前/ご住所等

フリガナ	ハウモン タロウ	性別	生年月日	年齢
患者名	訪問 太郎	男	昭和 2年 1月 1日	92
住所	〒150-0011 東京都渋谷区東3-15-9 桑原ビル3F			
自宅TEL	03-6450-6240	お住いの状況	在宅 / 同居 / 娘様家族	口腔外科 提携歯科
駐車場	無 / 近くにコインパーキングがあります。	同席者	娘 /	様
保険証	後期高齢者 / 1割	要介護認定	要介護2 / 1割	
障がい福祉	有 / 身体障害者手帳1級 / 医療費助成有	第一公費	無	
相談者	ケアマネジャー / 山田 様	TEL	①03-1234-5678 ②	
アポイント先	娘 / 様	TEL	①03-6450-6240 ②090-1234-56789	

お口のお悩み

訪問歯科の利用	初めて/		
1	痛み: 無 上下の部分入れ歯が合わないので調整して欲しい。		
2	-		
3	-		
口腔ケア	希望する/月に2回ぐらい	嚥下評価	- /

お身体の状態

認知症	有 / コミュニケーション可	麻痺	左半身
感染症	有 / C型肝炎	歩行	車いす
既往歴	脳梗塞、高血圧、骨粗鬆症		
状態			
精神疾患	有 / うつ病 / 治療中		

特記事項

娘様はお仕事をされているので、連絡は12:00~13:00の間か、19時以降にお願いします。

ケアマネジャー

事業所名	あんしんケアサービス	担当CM	鈴木 様
TEL	①03-6450-6240 ②090-1234-56789	FAX	03-6450-6241
住所	〒150-0011 東京都渋谷区東3-15-9 桑原ビル3F		