

# 訪問歯科診療情報提供書 ・ 紹介状

貴院(施設)名 ( 階) 依頼日 年 月 日  
 電話番号 主治医名  
 FAX 担当者名 (職種)

緊急性の有無 ( 有 ・ 無 ) 家族の同意 ( 有 ・ 無 )

伊東歯科口腔病院の受診歴 ( 有 ・ 無 ・ 不明 )

## 受診者情報

フリガナ				男・女	保険区分	社保 ・ 国保 ・ 後期【 本人・家族 】							
患者氏名					保険者番号	1割 ・ 2割 ・ 3割							
					記号								
生年月日	M T S H	年	月	日	歳	番号							
緊急連絡先					保険区分	生保 ・ 障 ( 無料 ・ 1割 )							
					公費番号								
					受給者番号								
現住所	〒(      -      )				電話番号 (      ) -								
	県		市・郡		丁目      番地      号								
主訴													
現病歴													
基礎疾患 (通院困難理由)						現在飲まれているお薬							
A D L 状 況	寝たきり度	B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		開口障害	有 ・ 無		(要介護度区分) 要支援      1 ・ 2 要介護度区分      1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5						
	聴覚障害	有 ・ 無		言語障害	有 ・ 無								
	認知症	有 ・ 無		嚥下障害	有 ・ 無								
注意事項													

医療法人伊東会 伊東歯科口腔病院  
 理事長 伊東隆利  
 歯科訪問診療部長 廣瀬知二

〒860-0851 熊本市中央区子飼本町4-14  
 TEL (096) 343 - 0377  
 FAX 0120 - 548 - 633