

# 生協歯科 歯科往診依頼書

年 月 日

ふりがな			性別	男・女	依頼者 本人・家族・主治医・看護師 ・ケアマネ・その他 氏名： 連絡先TEL：
患者氏名					
生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日			
住所	〒			自宅電話	
主治医	病院名： 主治医： TEL：		尼崎医療生協 加入		組合員 ・ 非組合員
往診先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院・診療所(名称： <input type="checkbox"/> 施設(名称 病棟： 階 号室) 号室) <input type="checkbox"/> その他( )				
介護者	無・有 (氏名： 続柄： ) 初回同席(可・不可)				
ケア マネージャー	居宅支援事業所：		氏名：		TEL：
治療方針 相談先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他キーパーソン(氏名： TEL： ) <input type="checkbox"/> ケアマネージャー				
往診日程連絡先		依頼者 ・ その他 (氏名：			連絡先： )
医療保険 ※別紙添 付可	公費負担者番号		保険者 番号		
	公費受給者番号		記号・番号		
	一部負担金割合	1・2・3割負担 月( )円×2回			
	保険証有効期限	別紙添付お願いします (本人・家族( ) 保険者氏名 )			
高額療養	高額療養・限度額適用	【負担区分に○をお願いします】 上位 ・ 一般 ・ 低所得Ⅱ ・ 低所得Ⅰ			
介護保険 ※別紙添 付可	介護保険者番号		要介護度	要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5	
	介護被保険者番号		居宅支援事業所		
	負担割合	1割・ 2割 ・ 3割			
	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
1. 主訴 1. 歯が <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> グラグラ(抜歯希望： 無 ・ 有 ) <input type="checkbox"/> しみる 2. 歯ぐき <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 出血 3. 義歯(入れ歯) <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 壊れた <input type="checkbox"/> ゆるい(新製希望： 無 ・ 有 ) ・現在、入れ歯を( <input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない )					
2. 既往歴 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症(骨粗鬆症薬服用の場合種類 服用期間 ) <input type="checkbox"/> その他( )					
3. 感染性疾患の有無 無 ・ 有 ※必ず記載をお願いします ・HCV(+ -) ・HBV(+ -) ・WA(+ -) ・MRSA(+ -) ・その他( ) ・不明					
4. 薬の副作用 無 ・ 有 (種類 症状 ) 5. 抜歯 可 ・ 不可 (理由： ) 6. 出血傾向 無 ・ 有 (理由： ) 7. 食事形態について <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 絶食					
8. その他往診時注意事項：※主治医からの注意事項や、在宅の場合、都合の悪い日時をご記入下さい。					

尼崎医療生協 生協歯科 Fax06(4869)4860 tel 06-4869-4120