

訪問診療情報提供書

※ケアマネージャー記入 記入日

患 者	ふりがな					TEL	
	氏名						
	住所	〒					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年	月	日	生まれ (歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
親族代表者	氏名			続柄		TEL	
介護保険	<input type="checkbox"/> 認定あり		要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			<input type="checkbox"/> 介護認定なし	
	年 月 日		要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
健康保険	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 公費負担者番号()						

依 頼 者	氏名				TEL	
	住所				FAX	
	続柄	本人・同居家族・他の親族・介護関係者・病院関係者・その他			具体的に	

主 訴	具体的に
<input type="checkbox"/> 歯	
<input type="checkbox"/> 歯 ぐ き	
<input type="checkbox"/> 義 歯	
<input type="checkbox"/> 口 腔 ケ ア	
<input type="checkbox"/> そ の 他	

訪問場所	自宅・施設・病院・その他()	施設等の名称:	駐車場 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
住所			TEL
通院できない理由 寝たきり / 身体不随意(歩行不可能) / 認知症	かかりつけ歯科医院	<input type="checkbox"/> あり (歯科医院)	
		<input type="checkbox"/> なし	
担当ケアマネージャー	氏名 (携帯)		
	事業所名 (電話 /FAX)		
治療態勢	<input type="checkbox"/> 治療場所() <input type="checkbox"/> 水回り() <input type="checkbox"/> 介護者 あり() <input type="checkbox"/> 体位(水平位のみ・座位可能) <input type="checkbox"/> 電気コンセント() なし		
特に希望する事柄	<input type="checkbox"/> 曜日・時間(曜日 / 時間帯) <input type="checkbox"/> 治療計画 <input type="checkbox"/> 治療費概算 <input type="checkbox"/> その他()		