

訪問診療連絡票

平成 年 月 日

※
受付番号

かかりつけ歯科医院

初回訪問歯科医院 _____ 歯科医院

訪問診療を 継続する・しない

患者氏名	(男・女) 歳
患者住所	
患者宅電話番号 or 携帯番号	
初回訪問日	平成 年 月 日
治療内容	歯の治療 (充填 / 修復 / 根治) ・歯周治療 義歯 (調整のみ / 修理 / 新製) ・外科 口腔ケア ・ 摂食嚥下機能訓練 できない理由 ()
※ 決定担当歯科医院	歯科医院

※印は連携室長が記入