

歯科訪問紹介シート

氏名・年齢	白 杵 太 郎		性別	男・女
	生年月日	大・昭・平 15年 11月 23日	年齢	77 歳
住所・連絡先	白杵市〇〇●●-● ☎ (0000) 00 - 0000			
キーパーソン	(氏名)	白 杵 花 子	続柄	長女
	(住所)	白杵市●●〇〇〇-〇		
請求書送付先	(氏名)	同 上		
	(住所)	同 上		
病名	① 脳梗塞	④		
	② 高血圧	⑤		
	③ 糖尿病	⑥		
主治医	□□クリニック ☎ ()			
※介護保険	要支援	1・2	要介護	1・2・3 4 5
※担当CM	事業所名:	介護センター △△		
	氏名:	◇◇◇◇ ◆◆ ☎ ()		
保険証	後期高齢者・国保・社保・社保家	☎ ()		
	介護保険証	有 (無) ※コピーを添付して下さい。		
利用サービス	訪問診療	訪問歯科	訪問看護	訪問リハ
	通所リハ	デイサービス		
月、水、金				
主訴・要望・その他特記				
例) 入れ歯が合わないのか、食事中によく入れ歯を出すようになり 食事も減ってきたので、一度見てほしい。				
月、水、金曜はデイサービスを利用しているので、別の日がいい。 時間は午後希望				
記録日: 年 月 日				
記録者: 白 杵 花 子				

治療費の請求先が
キーパーソンと異なる
場合はご記入下さい

利用されているサービスの
曜日や時間をご記入下さい

どういう症状、状態なのか
わかる範疇で書いて下さい
要望や気になる事があれば
遠慮なくご記入ください