

歯科訪問紹介シート

| | | | | | | |
|---|---|------|------|-----------|------|--------|
| 氏名・年齢 | 生年月日 大・昭・平 年 月 日 | | | | | 性別 男・女 |
| | | | | | | 年齢 歳 |
| 住所・連絡先 | ☎ () - | | | | | |
| キーパーソン | (氏名) | 続柄 | 連絡先① | - | - | |
| | | | 連絡先② | - | - | |
| | (住所) | | | | | |
| 請求書送付先 | (氏名) ☎ () | | | | | |
| | (住所) | | | | | |
| 病名 | ① | | ④ | | | |
| | ② | | ⑤ | | | |
| | ③ | | ⑥ | | | |
| 主治医 | ☎ () | | | | | |
| 介護保険 | 要支援 | 1・2 | 要介護 | 1・2・3・4・5 | | |
| 担当CM | 事業所名: | | | | | |
| | 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 |
| | | | | | | |
| 主訴・要望・その他特記 | | | | | | |
| <p style="text-align: right;">記録日: 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">記録者: _____</p> | | | | | | |