

歯科訪問診療・VE検査依頼書

令和 年 月 日

|                  |   |               |                                     |   |               |
|------------------|---|---------------|-------------------------------------|---|---------------|
| フリガナ             |   |               | 性別                                  | 生年月日  |               |
| 患者様<br>情報        | 氏名  |               | 男・女                                 | T・S・H・R   | 年 月 日<br>( 歳) |
|                  | 住所  | 〒 -           |                                     |   |               |
| フリガナ             |   |               | 続柄                                  | 連絡先   |               |
| キー<br>パーソン<br>情報 | 氏名  |               |                                     | 電話  | ( )           |
|                  | 住所  | 〒 -           |                                     | 携帯  | ( )           |
| 日中連絡             | 可 ・ 不可 (連絡可能時間 : ~ : )  |               |                                     |   |               |
| 住居形態             | 戸建 ・ 集合住宅 ( 駐車場 無 ・ 有 )   |               |                                     |   |               |
| 施設名<br>事業者名      |   |               | 担当者                                 |   |               |
| 主訴               |   |               | 連絡先                                 | TEL   | ( )           |
|                  |   |               |                                     | FAX   | ( )           |
|                  |   |               | 介護度                                 | 自立 ・ 要支援1 ・ 要支援2<br>介護度 1・2・3・4・5                             |               |
|                  |   | 食形態           | 常食・ソフト食・きざみ食・ミキサー食<br>【 とろみ 無 ・ 有 】 |   |               |
| 既往歴              | (アセスメントや診療情報提供書可)   |               | 服薬内容                                | 抗凝固薬の服用 ( 無 ・ 有 )<br>骨粗鬆症薬の服用 ( 無 ・ 有 )<br>その他<br><br>(お薬手帳可) |               |
| アレルギー            | 無 ・ 有<br>( )  |               | 感染症                                 | 無 ・ 有<br>( HBV・HCV・HIV・STD・MRSA・ESBL )                        |               |
| 診療<br>希望日        | 第一希望  | : 月 日 ( ) : 頃 | 有・無                                 | ストーマ ・ バルーン   |               |
|                  | 第二希望  | : 月 日 ( ) : 頃 | 内科<br>主治医                           |   |               |
|                  | 第三希望  | : 月 日 ( ) : 頃 |                                     |   |               |
| 家族立合             | 無 ・ 有   |               | 連絡先                                 | TEL ( )   |               |
| 書類確認             | <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 介護負担割合証 <input type="checkbox"/> その他医療証(原爆・障害)<br><input type="checkbox"/> アセスメント <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> お薬情報 その他 ( ) |               |                                     |   |               |
| 備考               |   |               |                                     |   |               |