

歯科往診依頼書

年 月 日

訪問看護・訪問リハ・居宅介護・事業所()記入者

患者氏名 生年月日 $\begin{matrix} M \\ T \\ S \end{matrix}$, , 性別 男 女

連絡先

患者住所 氏名 (TEL・携帯)

歯科治療依頼

どのような症状ですか？

- 歯が痛い
- 歯ぐきが腫れている、出血する
- 入れ歯が合わない、痛い、われている
- 入れ歯を作りたい
- その他()

口腔ケア依頼 (歯磨き、歯間の清掃、舌苔の除去等 行います)

- 歯磨きが困難 ()
- 口臭が気になる ()
- 歯石が気になる ()

介護保険 有 無 担当ケアマネ()
事業所名 ()

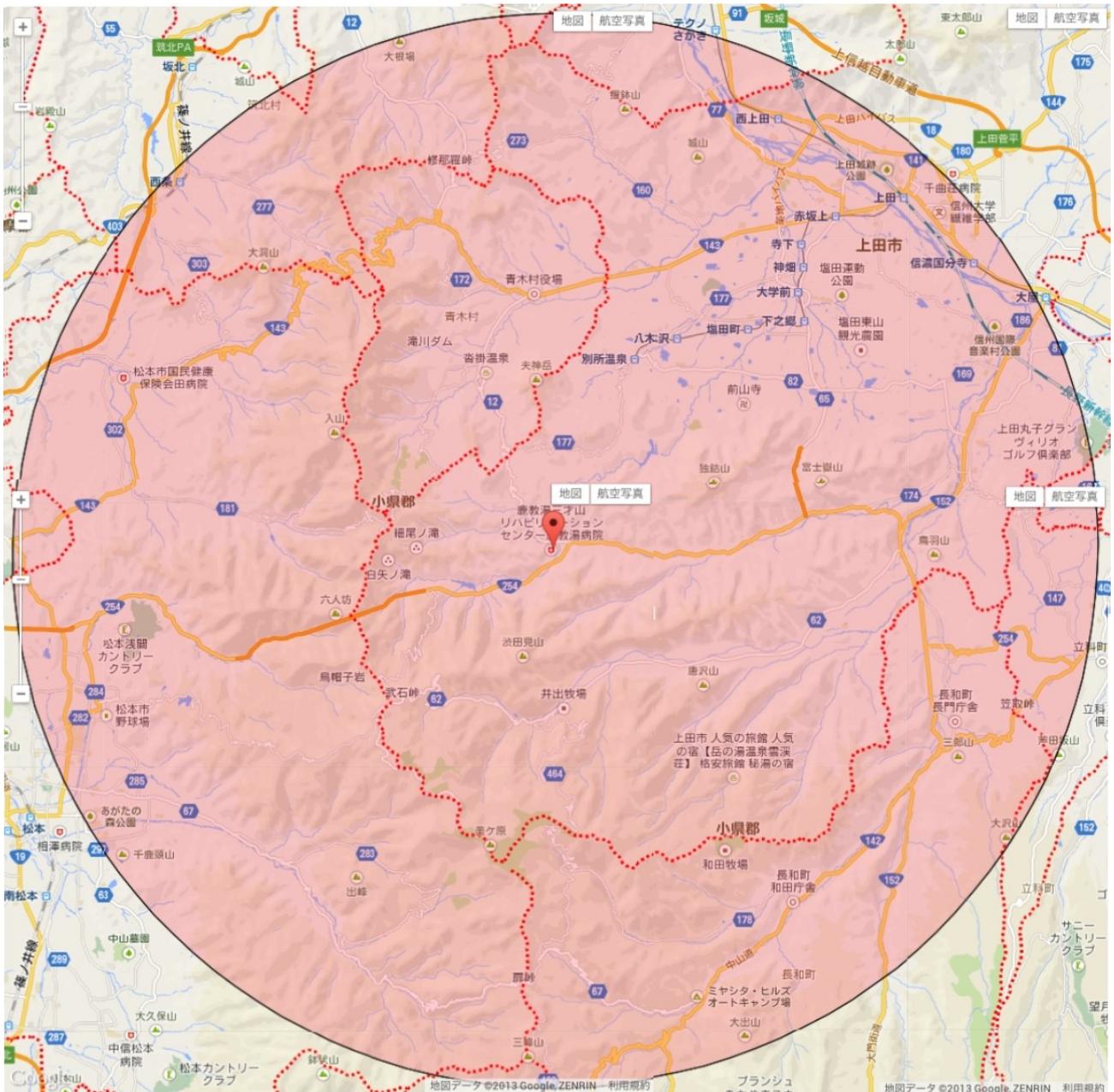
その他お聞きしたこと、気になること、お願いしたいこと等

鹿教湯病院 歯科

在宅スタッフ → 歯科受付

TEL:0268-44-2111
FAX: 44-2117
(メール便・サイボウズ等でも可)

訪問歯科診療範囲地図



訪問診療（在宅診療）の **範囲**は健康保険で定められており、訪問（往診）する歯科医院の半径16km以内となります。

お申し込みの流れ

訪問スタッフ様



鹿教湯病院 歯科

電話・ファックス・メール便・サイボウズなどでお申し込み下さい。
歯科にて日時等調整後折り返し訪問スタッフ様にご連絡いたします。

「ちょっと診て欲しいけど・・・」や「微妙な範囲なんだけど・・・（距離が）」
の場合でもまずはご一報下さいませ。