

往診情報提供書

1 枚目 (2 枚目も必ず記入してください)

送付先： _____ 平成 年 月 日

(FAX の場合は番号の間違いないことを必ず確認して、送信してください)

介護支援専門員 歯科主治医 (右欄を必ず記入ください)	事業所名： _____
	所在地： _____
	担当者： _____
	TEL： _____ FAX： _____

本人情報 利用者氏名： _____ 男・女 (M・T・S・H 年 月 日生)

住所： _____ TEL： _____

緊急連絡先： 氏名 _____ 続柄 () (同居・別) TEL： _____

医科主治医： _____ TEL： _____ FAX _____

要介護度： _____

通院できない理由となる主な原疾患名： _____

血液感染症 有 ・ 無 ・ 不明 _____

服薬情報： *服用している薬については必ず別途添付してください (特に骨粗鬆症治療の BP 製剤に代表される骨 Ca 代謝薬、抗血栓薬、ステロイドなどは注射も含めてチェックしてください)

現在の生活場所： 居宅 施設 病院 (施設・病院名： _____)

身体状況： 屋内自立 主にベッドで一部介助 寝たきりで全介助

意思の疎通： 通じる ある程度通じる 通じない

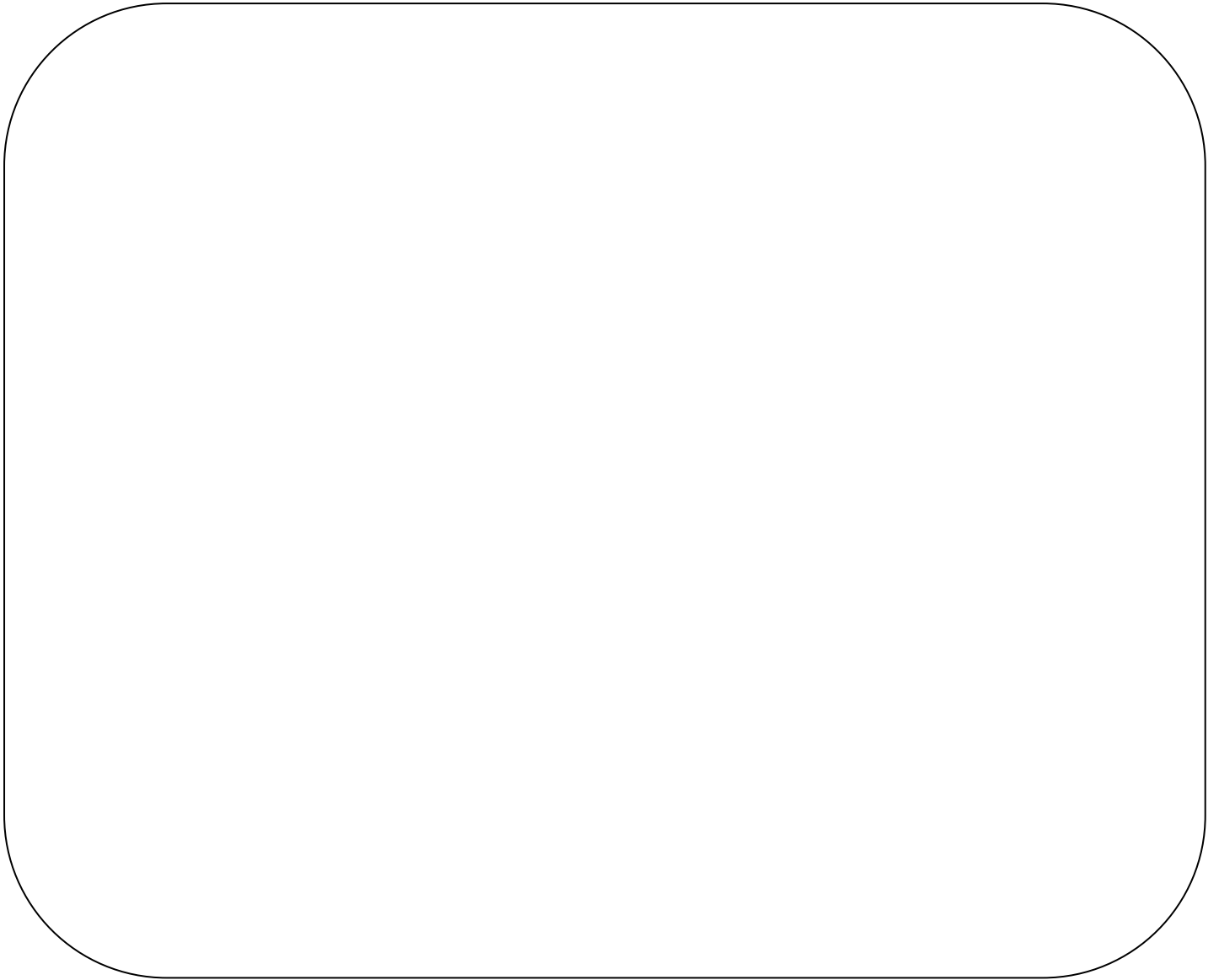
口腔内状況： 自歯あり 総義歯 不明

紹介内容・主訴 (携帯する道具の都合もあるので、自歯か義歯かなどの状況はできるだけ正確かつ具体的に記入してください)

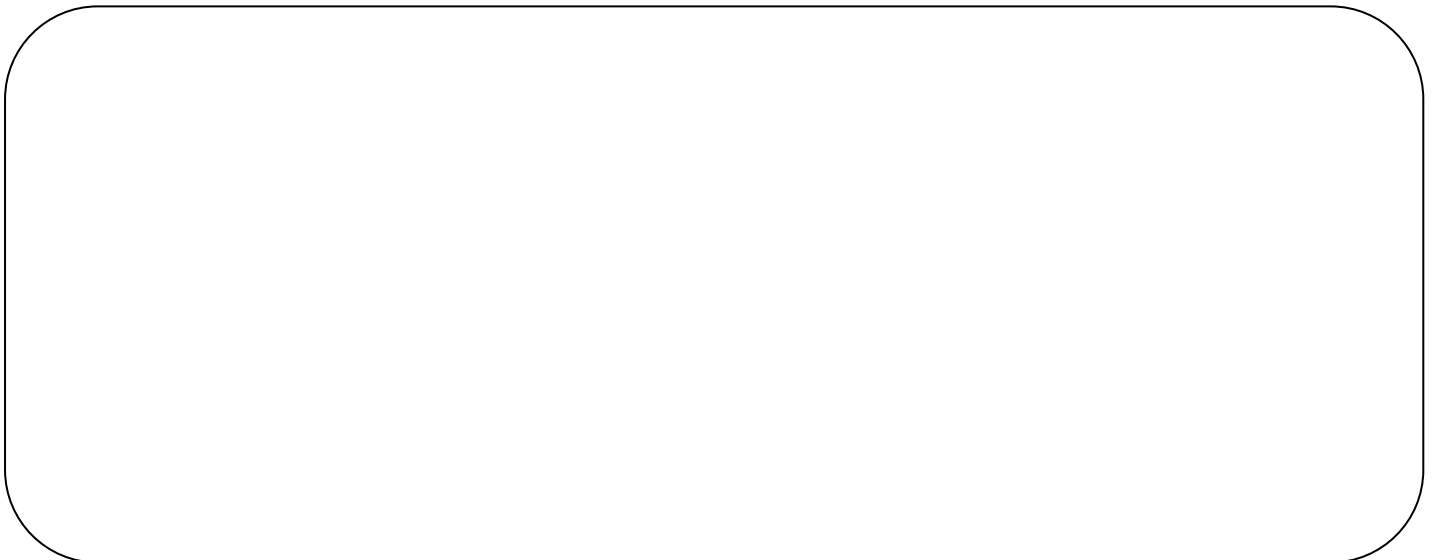
本人の週間予定 (在宅の場合は往診可能な時間がわかるように予定を記入するか、週間サービス計画表を添付してください。施設の場合は往診希望日、希望時間帯があれば記入してください)

月	火	水	木	金	土	日	例	例
							デイサービス なので終日×	11 時~13 時 訪問介護 14 時以降で

服薬状況 記入・添付欄



地図・駐車場、また特記事項などがあれば記入してください



往診情報提供書

添付書類（個人情報のため必要がある場合のみ使用し、手渡ししか郵送等で提供してください）

患者情報

患者氏名：	生年月日（M・T・S・H）	年	月	日
住所：	TEL			
事業所：	TEL：	担当ケアマネ：		

健康保険証（ 国保・社保 ）

記号	番号	続柄	本人 ・ 家族
保険者番号		世帯主	

介護保険（ 有・無 ）

被保険者番号		市
保険者番号		
要介護度 ()		

公費（生保・障害・償還）

負担番号	有効期限	H 年 月 日 ~ H 年 月 日	自己負担
受給者番号		H 年 月 日 ~ H 年 月 日	(有・無)

請求方法：本人・家族・その他()