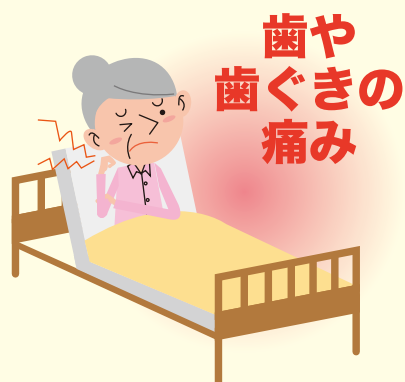
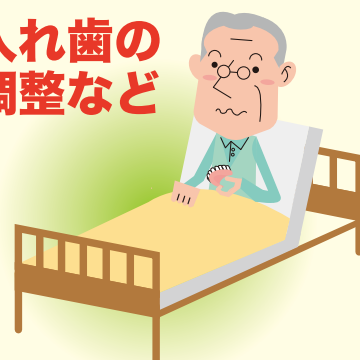


訪問歯科のご案内



入れ歯の調整など



診てもらいたいけど
通院できない...

ご自宅・施設・病院で
歯科治療・口腔ケアを行います

松原市在宅歯科ケアステーション

🦷 受付 月・火・水・金曜日(祝日は除く)
13時～17時

🦷 電話 072-337-0286

🦷 FAX 072-336-3181



(一社) 松原市歯科医師会

〒580-0044 松原市田井城1-1-40 松原市立保健センター 3F

在宅寝たきり者等訪問歯科診療依頼書

令和 年 月 日

(ふ り が な)

訪問対象者氏名 男・女

生年月日 T・S 年 月 日 (歳)

住所 松原市 TEL

介護者氏名 続柄 TEL

主治医 病院・医院 科 先生

1. お口のことでお困りのことをお書きください

- ☐ 歯がいたい ☐ 歯肉がはれている ☐ 入れ歯がいたい・あわない
☐ 物がかみにくい
☐ その他 ()

2. 寝たきりになった原因と時期について

- ☐ 脳血管疾患 ☐ 心疾患 ☐ 高血圧 ☐ 骨折
☐ その他 ()
☐ 時期 (年 月から)

3. 寝たきりと認知症の状況について

- ☐ 全く寝たきり ☐ 起き上がることは可能 ☐ 家の中である程度動ける
☐ その他 ()
☐ 認知症について (有・無)

4. 歯と入れ歯の手入れについて

- ☐ 毎日 (歯、入れ歯を) みがく ☐ 時々みがく ☐ ほとんどみがかない
☐ どなたがみがきますか ()

5. 現在、かかりつけの歯科医があればお書きください ()

紹介者氏名 事業所名 職種

連絡先住所 TEL FAX

* 初回訪問時、相互連携のため紹介者の同伴訪問をお願いいたします。

(一社) 松原市歯科医師会 在宅歯科ケアステーション

FAX 072-336-3181