

# 歯科往診 FAX 依頼書

(宛先：岩手県在宅歯科医療連携室 FAX019-606-3047)

平成 年 月 日

依頼元 病院・事業所名 .....

担当者氏名 .....

電話番号 .....

患者氏名<sup>ふりがな</sup>..... 性別 男・女 年齢..... 歳

要介護度状態..... ①要支援 ②要介護1 ③要介護2 ④要介護3 ⑤要介護4 ⑥要介護5

患者住所 .....

患者電話..... かかりつけ歯科医師 .....

## ご依頼内容 (当てはまるところに✓をつけて下さい)

- 痛い歯がある、動く歯がある、歯ぐきがはれている、むし歯がある
- 口の中に痰や汚れがべったり付いている、臭い、乾いている
- 入れ歯があたって痛い、粘膜に傷がついている
- 入れ歯が落ちやすい、合わない、破損している
- 入れ歯がない
- 食べる時や飲み込む時にむせる、食後ガラガラ声になる
- なかなか飲み込めない、食事に時間がかかる
- その他 .....

**お願い** ・本人・ご家族から訪問歯科診療のご承諾をお願いいたします

020-0045 岩手県盛岡市盛岡駅西通2-5-25

岩手県歯科医師会館(8020プラザ)内

岩手県在宅歯科医療連携室

TEL 019-606-3040 Fax 019-606-3047 フリーダイヤル 0120-8020-25