

## 訪問診療依頼

1. 受付日時： 月 日 時 分
2. 受 付： ①電話 ②外来受付 ③その他
3. 患者氏名： \_\_\_\_\_ 様 男・女  
 生年月日：大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日 歳
4. 依頼者：①患者本人  
 ②患者以外（家族、主治医、ケアマネジャー、訪問看護師、ヘルパー、  
 デイサービス施設、デイケア施設、その他（ \_\_\_\_\_ ））
5. 訪問先：①自宅 ②施設 ③病院  
 （施設等名称： \_\_\_\_\_）  
 住 所： \_\_\_\_\_  
 電話（連絡先） \_\_\_\_\_（ご連絡する方 \_\_\_\_\_ 様）  
 訪問時の参考となる目標：
6. 主 訴：歯痛、歯の動揺、義歯作成、義歯修理、口の渇き、口腔粘膜の痛み  
 健診の依頼、その他（ \_\_\_\_\_ ）  
 依頼内容：  
 緊急性：あり・なし・不明
7. 意思の疎通：良好、困難を要すが可能、第三者（家族等）を通じて可能、不可
8. 基礎疾患：脳卒中、認知症、パーキンソン症、肺炎、COPD、心疾患、癌  
 高血圧、糖尿病、骨折、リウマチ、その他（ \_\_\_\_\_ ）  
 主治医 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_  
 担当ケアマネジャー \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_  
 その他（介護度、ADLなど） \_\_\_\_\_
9. 訪問希望曜日、時間 曜日（午前・午後 時頃）
10. その他特記事項  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_