

様式第2号（第6条関係）

神栖市在宅等訪問歯科診療情報提供書

神栖市歯科医師会

会長 様

住所

氏名

利用者との続柄

電話番号

下記の者について、在宅等訪問歯科診療の情報を提供します。

ふりがな		男	M・T・S・H
利用者氏名		女	年 月 日生（ 歳）
住所			
電話番号			
訪問希望先の周辺状況 （目印や駐車場の有無等）			
要介護・要支援認定の状況	未申請 自立 要支援（ ） 要介護（ ）		
健康保険証の所持状況	所持 ・ 未所持		
生活保護受給状況	受給あり ・ 受給なし		
通院困難な理由 （※寝たきり、認知症等）			
主な治療希望内容			
その他 ※利用者の心身状況や歯科に関する既往歴、置かれている環境、問題行動等			
指定居宅介護支援事業者の名称	電話番号		
介護支援専門員の氏名			
主介護者の氏名	利用者との関係		
医科主治医 あり（前・今） ・ なし	病院・医院／医師氏名 電話番号		