

# 歯科訪問診療 申し込み書

Page. 1

(申込者)

氏名 \_\_\_\_\_ 患者さんとの関係 [ \_\_\_\_\_ ] 電話 ( \_\_\_\_\_ )  
平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 記入

(フリガナ)	
・患者氏名 _____	男・女 _____ ・主たる介護者の氏名 _____
・生年月日：(明治・大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 満 _____ 歳	
・住所 〒 _____	同居者 (いる・いない) _____
・電話 ( _____ )	FAX ( _____ )

## 【I】 申し込み理由 (番号に○をつけて下さい、重複も可です)

1. 痛みがある
2. 腫れている
3. ものが良く噛めない
4. 入れ歯が合わない
5. 入れ歯がこわれた
6. ものが良く飲み込めない
7. その他

いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ 日・週・月前から)

## 【II】 患者さんに関する医療・介護連携情報

◆ケアマネージャー	(連絡先)
◆地域包括 (保健師・看護師)	(連絡先)
◆かかりつけ歯科医院	電話
◆かかりつけ医院 (歯科以外)	電話
◆訪問看護ステーション	電話
◆ 特記事項	
.....	
.....	
.....	
.....	

あおもりデンタルケア

TEL 0178(22)5858

FAX 0178(47)5130

## 【Ⅲ】患者さんについての介護基本情報

〈以下、当てはまるものに○を付けて下さい〉

- 日常生活自立度 (障害老人) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2  
(認知症老人) 正常 I II III IV M
- 要介護度 自立・要支援 (1・2) 要介護 1・2・3・4・5  
特定高齢者 〈該当・非該当〉
- 食物状態 1 常食 2 軟化食 3 きざみ 4 ペースト (流動) 5 経管 6 その他

## 【Ⅳ】患者さんについての医療詳細情報

- 全身疾患 1 脳血管障害 ▶麻痺の部位 ・上肢：右・左・両  
・下肢：右・左・両  
・口腔：口唇・舌・咽頭 (嚥下機能)
- 2 血圧 ( / )
- 3 糖尿病 (血糖値\_\_\_\_\_mg/dL HbA1c\_\_\_\_\_)
- 4 心臓疾患 (狭心症・心筋梗塞・不整脈・その他\_\_\_\_\_)
- 5 その他の疾患\_\_\_\_\_

- 服薬情報 ▶抗凝固剤 (使用・不使用)：薬剤名\_\_\_\_\_
- ▶その他の服薬剤\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

あおもりデンタルケア

TEL 0178(22)5858

FAX 0178(47)5130