

【ファクシミリ施行】

医療・介護ケア連絡票 様式5 訪問歯科診療申込書 申込日 年 月 日

宛先: 白石歯科医師会訪問歯科担当者 亙理歯科医院 FAX :25-6612

利用者	ふりがな		生年月日	M・T・S・H 年 月 日
	氏名 様 (男・女)		介護度	要支援 1・2
住所	TEL			要介護 1・2・3・4・5
	どうしましたか? 該当するものにレ印を付けてください(重複可)			
<input type="checkbox"/> 歯が痛い・虫歯		<input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた	<input type="checkbox"/> 物がよく噛めない	
<input type="checkbox"/> 歯がグラグラ動く		<input type="checkbox"/> せき込む・むせる	<input type="checkbox"/> 歯が抜けた	
<input type="checkbox"/> 入れ歯があわない		<input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた	<input type="checkbox"/> 口腔ケア	
残っている歯の数(わかる範囲で) 上 本 下 本				有・無・不明 歯科医院名: TEL ※希望歯科医院があれば記入 (歯科医院)
その他 ()				
治療についてのご希望等自由に書いてください。				
既往歴(現病歴)／通院困難理由をお書きください				現在の受診状況
服用薬剤 有・無		感染症 有・無		・通院していない
手術の既往 有・無				・通院中
主治医について		医療機関名		・往診を受けている
		科	先生	・入院中
(病院名:)				
主介護者	ふりがな	続柄:		TEL
	氏名	様	住所	
居宅介護支援事業所		担当者氏名:		
TEL		FAX		
訪問場所	自宅・施設・病院・その他 ()			駐車場 有・無

口腔機能等の情報

診療時の体位	<input type="checkbox"/> ベットの上	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他()
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ある程度できる	<input type="checkbox"/> できない
開口保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ある程度できる	<input type="checkbox"/> できない
うがい	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ある程度できる	<input type="checkbox"/> できない
むせこみ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
経管栄養	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	

依頼者: TEL: FAX: