

【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				有の場合 1.使用 2.未使用 かかりつけの歯科医院または最後に治療した歯科医院はありますか? 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)
<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				残っている歯の数(わかる範囲で) 上 本 下 本 その他 ()
<input type="checkbox"/> 入れ歯があわない				
<input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた				治療についてのご希望等自由に書いてください。
<input type="checkbox"/> 口腔ケア				
既往歴(現病歴)／通院困難理由をお書きください 服用薬剤 有・無 感染症 有・無 手術の既往 有・無				現在の受診状況 ・通院していない ・通院中 ・往診を受けている ・入院中 (病院名:)
主治医について		医療機関名		TEL
		科	先生	
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: