

お口いきいき診療連携システム(訪問歯科診療) 申込書

様式1

申込日: 20 年 月 日

行

(申込者)

氏名

受診者との続柄

住所(市町名)
施設名

電話番号

FAX番号

○該当するものに☑をつけてください。
お口のチェックシート2を添付してください。

受診者	訪問先住所 又は施設名		性別	男 女	電話 : FAX :		
	ふりがな 氏名		年齢	歳	介護保険 (有・無) 介護度:		
訪問歯科診療希望状況	○訪問歯科診療希望日 □月 □火 □水 □木 □金 □土 ○かかりつけ歯科医院 □無 □有(歯科医院名) ○日程調整担当者 氏名・連絡先等 (* 上記 申込者と同じ場合は記載不要) 氏名: 施設名: 電話:						
状況等	○歯科以外の受診 □有 [通院: 回/月 ・ 往診] ・ □無						
	○主な介護者 □配偶者 □子ども □その他()						
	○寝たきりの程度 □寝たきりであり, 日常生活のほとんど介助を要する □日中はベッド上で過ごす, 座位保持は可能 □屋内での生活はほぼ自立しているが, 介助なしでは外出できない						
主病名		発症年月	年 月 頃				
その他既往症		認知症	□有	□無			
感染症	□有 □無	出血傾向	□有	□無			
服薬内容	*お薬手帳コピー添付でも可 □降圧剤 □抗血小板薬等 □ビスフォスフォネート製剤等 その他()						
アレルギー	□ある() □ない						
病院・主治医名等	病院名	電話番号:	主治医名等				
かかりつけ薬局	薬局名	電話番号:					
意識障害	□ある □ない	麻痺	□ある(□右上肢 □左上肢 □右下肢 □左下肢) □ない				
意思疎通	□通じる □ある程度通じる □ほとんど通じない						
口腔状況	入れ歯 (□有・□無) 自分の歯 (□有・□無)						
口腔清掃	□自立 □一部介助 □全介助 介助者()	うがい	□できる □水を含む程度	□できない			
食事摂取	□自立 □見守り必要 □一部介助 □全介助 □経管栄養 (□経鼻 □胃瘻 その他)						
食形態	□普通 □少し軟らか □きざみ □すりつぶし □流動 □その他()						
嚥下(飲み込み)	□できる □見守り必要 □できない	むせ	□よくむせる □たまに □めったにない				
診療時に予想される行動	□指示が理解できない □診療に非協力的(口を開けないなど) □急に動く □その他()						
駐車場	□ある(□敷地内 □近くにあり □その他()) □ない						
その他連絡事項							
在宅サービススケジュール(必要に応じ記入)	月	火	水	木	金	土	日

* 訪問日時等は、早々に調整いたします。

受付日:平成 年 月 日

受付者()