

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

行

申込日 令和 年 月 日

(ご利用者様)		(申込者) <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 家族等 <input type="checkbox"/> ご本人ご家族等以外	
ふりがな		ふりがな	
氏名		氏名	
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 年齢 歳	受診者との関係	<input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 職員等
訪問先住所又は施設等名称		所属等	<input type="checkbox"/> 左同じ
電話番号(携帯可)		電話番号(携帯可)	
Fax番号		Fax番号	

該当する物に☑を付けて下さい

主な申し込み内容	<input type="checkbox"/> 痛み(<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 不具合(<input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> その他						
	具体的内容						
訪問歯科診療希望状況	かかりつけ(希望)歯科医院	<input type="checkbox"/> 有(歯科医院名:) <input type="checkbox"/> 無					
	訪問歯科診療について主治医の承諾	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	日程調整担当者(キーパーソン) 氏名・連絡先等	<input type="checkbox"/> 上記申込者と同じ					
	氏名(続柄): () 施設名: 電話(携帯可) () Fax番号 ()						
状況等	歯科以外の受診	<input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> 通院: 回/月・ <input type="checkbox"/> 往診] <input type="checkbox"/> 無					
	主な介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> その他()					
	寝たきりの程度	<input type="checkbox"/> 寝たきりであり、日常生活のほとんど介助を要する <input type="checkbox"/> 日中はベッド上で過ごす、座位保持は可能 <input type="checkbox"/> 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					
	要支援・要介護度	<input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2 <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護3 <input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護5 <input type="checkbox"/> 自立					
	障害高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 自立					
	認知症高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 自立					
主病名	により通院困難 感染症 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無						
その他既往症						出血傾向 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
服薬内容	※お薬手帳に添付でも可 <input type="checkbox"/> 降圧剤 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬等 <input type="checkbox"/> ビスフォスフォネート製剤等 <input type="checkbox"/> その他()						
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無		肺炎既往 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
病医院・主治医	病医院名	主治医名			電話番号		
かかりつけ薬局	薬局名	電話番号			Fax番号		
意識障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		意思疎通 <input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない				
口腔状況	入れ歯(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 自分の歯(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 無						
口腔清掃	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		介助者()		うがい <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 水を含む程度 <input type="checkbox"/> できない		
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他)						
食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し軟らか <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> すりつぶし <input type="checkbox"/> 流動 <input type="checkbox"/> その他()						
嚥下(飲み込み)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> できない		むせ <input type="checkbox"/> よくむせる <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> めったにない				
診療時に予想される行動	<input type="checkbox"/> 指示が理解できない <input type="checkbox"/> 診療に非協力的(口を開けないなど) <input type="checkbox"/> 急に動く <input type="checkbox"/> その他()						
駐車場	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 近くにあり <input type="checkbox"/> その他())						
その他連絡事項	緊急性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
在宅サービス(必要に応じて)	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
	時 時	時 時	時 時	時 時	時 時	時 時	時 時
訪問診療希望日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土	

* 訪問日時等は、早々に調整いたします。

受付日：令和 年 月 日 受付者()