

訪問歯科依頼書(施設用)

記入日 年 月 日

ふりがな				依頼者様	
患者様氏名	(号室) 男 女				
住所				TEL	
生年月日	M.T.S.H	年	月	日	施設名
介護度	要支援 1. 2. 要介護 1. 2. 3. 4. 5. 【○を付けて下さい】				
保険の種類	1.国保 2.社保 3.生保 4.障 5.後期高齢 6.高齢受給者 【○を付けて下さい】				

依頼者様欄はご本人・ご家族・ご担当者様(相談員・ケアマネ・ヘルパー・ワーカー・担当ワーカー様)が考えられます
ご記名宜しくお願い致します

1. どうしましたか【○を付けて下さい】

	痛い 歯が揺れる 義歯を入れない	腫れた 義歯が合わない その他(取れた 義歯が欠けた
--	------------------------	------------------------	---------------

2. 全身状態の現在についてお知らせください【○を付けて下さい】

治療中の疾患 無 有(疾患名) _____

服薬 無 有(薬剤名) _____

肺炎の既往	無	有	繰り返しあり
低栄養リスク(体重の変化等)	無	有	不明
食事形態	普通食	介護食	非経口

3. 今までにかかった病気に【○を付けて下さい】

脳血管疾患(脳梗塞後遺症・脳内出血・脳血栓・多発性脳梗塞)
 心臓疾患(心筋梗塞・狭心症・不整脈)
 糖尿病 リュウマチ 肝臓疾患 肺炎
 その他の病名 _____

4. 感染症の有無をお知らせ下さい【○を付けて下さい】

無 有 A・B・C肝炎 HIV 結核 梅毒 その他()

5. 現在のお身体の状況をお知らせ下さい【○を付けて下さい】

車椅子(自走出来る・出来ない)	一人では歩行出来ない
聴力障害 視力障害	言語障害 麻痺(右・左・全身)
知的障害 認知症	てんかん 精神障害 寝たきり若しくはそれに準ずる

6. お口の清掃についてお知らせ下さい【○を付けて下さい】

誰がしますか (本人・家族・介護士)
 いつしますか (朝・昼・夜)

【この問診票は当法人で定めた使用目的の範囲内にて利用致します】

(医)もとえデンタルクリニック・訪問診療部
 TEL: 042-530-7800/FAX:042-530-7802