

磯子歯科医師会訪問歯科診療申込連絡票

申し込み年月日	平成 年 月 日	担当者名(役職)				
患者名等	(ふりがな) 氏名		(男・女)		生年月日(M T S H) 年 月 日(才)	
	住 所 横浜市磯子区					
	電 話	()	電話備考(方)			
	緊急連絡先	()	本人との関係			
	保険証	ア、あり(国保・社保・退職者・生保) イ、なし ウ、不明 エ、その他				
	身障手帳	あり(級 障害名) ・ なし				
	介護状況	ア、介助不要 イ、部分介助 ウ、全介助 エ、その他				
	介護者	氏 名	続柄	同 居	電 話	介 護 状 況
				有 無	-	終日・昼間のみ・夜間のみ・その他
				有 無	-	終日・昼間のみ・夜間のみ・その他
患者の口腔状態	1) 申込理由 ア、痛みがある イ、はれている ウ、物がよいかめない エ、入れ歯があわない オ、入れ歯をつくりたい カ、その他()					
	2) かかりつけ歯科医の有無(有・無) 有の場合(歯科医院名: 、歯科医師名)					
	3) 過去に歯科治療を受けた時の状況 ア、気分が悪くなったことがある イ、貧血をおこした ウ、ショック症状をおこしたことがある エ、血が止まらなかった オ、薬物アレルギーが出たことがある カ、その他()					
	3) 現在の口腔状況 ア、食事様式(自力・部分介助・全介助) イ、食事内容(普通食・軟食・流動食・経管) ウ、うがいができるか(可・否) エ、物が吐き出せるか(可・否) オ、嚥下障害(無・少しあり・有・不明) カ、開口できるか(普通・2横指以内・できない)					
	3) 口腔清掃について ア、毎日(介護:有・無) イ、時々(介護:有・無) ウ、しない					
	患者の現病歴(現症) (発病 年 月)					
	合併症					
	既往歴	(嚥下性肺炎の既往: 有・無)				
	主治医	主治医(有・無) 往診(有・無) 主治医名: 病院名・科名: 電話				
	歩行	歩行困難の理由と状況(訪問歯科診療の対象者は常時歩行困難者のみです)				
障害	聴力障害(有・無) 視力障害(有・無) 痴呆(有・時々・無) 意志の疎通(普通・やや悪い・悪い) その他()					
備考	ケアマネジャー連絡先					