

訪問歯科診療申込書

◇医療法人 佳聖会 深川歯科医院◇

記入日 令和 年 月 日 対応者()

【本人情報】

ふりがな			男	生年月日			
名前			女	大・昭・平・令	年	月	日(歳)
住所 (施設名)	〒			電話 番号	自宅	携帯	
要介護度	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5			駐車場	あり・なし・路駐・他()		
医療負担割合	1割・2割・3割・負担なし			生活保護・マルフク・障害者手帳・他()			
感染症	なし・B型肝炎・C型肝炎・梅毒・メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)・他()						
主治医	病院名()				ペースメーカー	あり・なし	
認知症	あり(アルツハイマー型・血管症・レビー小体型・前頭側頭型(ピック))・なし				肺炎の既往歴	あり・なし	
既往歴							
訪問可能 曜日に○×を ご記入 ください。	月	火	水	木	金	土	介護サービス利用状況 デイサービス 訪問看護・訪問介護 他()
	午前						
	午後						

【身体・口腔機能情報】

身長	cm	体重	kg	BMI	kg/m ²	車いす	使用・未使用
運動麻痺	あり(右・左)・なし・他()			座位保持	できる・手で支えればできる・できない		
視覚障害	あり(右・左)・なし	聴力障害	あり(右・左)・なし	口腔清掃の状況	自立・一部介助・全介助		
指示	入る・入らない	開口保持	可能・困難・不可能	含嗽(ぶくぶくうがい)	可能・困難・不可能→むせ		

【食事情報】

食事形態				
主食	ご飯・全粥・粥ミキサー・パン・他()			
副食	常食・刻み・極刻み・ミキサー・他()			
経管栄養	経鼻・胃瘻・併用(経口 割・経管 割)・他()			
水分	普通・トロミ(やわらかい・普通・硬い)・ゼリー・他()			
食事摂取	自立・見守り・一部介助・全介助・していない		食べる意欲	あり・なし
喫食量	10割・7~8割・4~6割・1~3割・0割		食事に対して 認知度	あり・なし
食事時間	10分以内・20分程度・30分程度・40分以上			

【周辺情報】

ご依頼者	本人・親族・ケアマネ・施設スタッフ・他()			
キーパーソン	ふりがな 名前	続柄	同居・別居	
住所 (施設名)	〒		電話 番号	自宅 携帯

【ケアマネージャー情報】

ふりがな	事業所名	
名前		
TEL	FAX	

【主訴】

(例: 下の歯が痛い、詰め物が取れたなど)

TEL: 018-827-4182

医院携帯: 070-4388-7764

FAX: 018-827-4183