

訪問歯科診療申込書

申込日：令和 年 月 日

申込者氏名 _____

本人との続柄 _____

TEL () _____

申込み先：可児地域在宅歯科医療連携室
(可児歯科医師会内)

〒509-0207 岐阜県可児市今渡 706-1

TEL 0574-62-7462

FAX 0574-62-7460

| | | | | |
|----------------------|---|---|----------------------------------|----------------------------------|
| フリガナ 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) | |
| 住所 | | TEL () | | |
| 往診先 | <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設等 () | | | |
| | 住所 | TEL () | 駐車スペース (有・無) | |
| 介護認定 | 有 (介護度：) (要支援：) 無 | 保険の種類 | 社保・国保・後期高齢・福祉医療 (有 無) | |
| 寝たきりの原因となった疾患 | | <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 神経系疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| その他の疾患 | | <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 主治医名 | 氏名 | (病院 科) | TEL | () |
| | 氏名 | (医院) | TEL | () |
| 担当ケアマネジャー名： | | TEL | () | |
| 居宅介護支援事業所名： | | TEL | () | |
| かかりつけ歯科医 (有・無) 歯科医院名 | | | | |
| どうなさいましたか (主 訴) | | <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 新しい入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきのはれている <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 利用者の状況 | | | | |
| 服薬の有無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | () | |
| (薬品名：) | | | | |
| 寝たきり度 | <input type="checkbox"/> 寝たきり | <input type="checkbox"/> 準寝たきり | <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 意思疎通 | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 時々できる | <input type="checkbox"/> できない | |
| 感染症の有無 | <input type="checkbox"/> 有 () | <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 食事形態 | <input type="checkbox"/> 普通食 | <input type="checkbox"/> きざみ食 | <input type="checkbox"/> ミキサー食 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| 義歯装着 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 口腔清掃 | <input type="checkbox"/> 毎日 | <input type="checkbox"/> 時々 | <input type="checkbox"/> してない | |
| うがい | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | | |
| その他 | | | | |

※ 上記項目で不明な箇所については空欄のまま提出ください。