

訪問歯科診療申込書

受付日時:平成 年 月 日 ()

フリガナ		男・女	フリガナ	
受診者名			申込者名	
電話番号			続柄	
電話可能時間			申込者電話番号	
住所				
生年月日		年齢	歳	

●担当ケアマネジャー

お名前		連絡先(電話番号)
所属先		

■以下、記入または当てはまるものに○を付けて下さい

希望する診療内容 (なるべく具体的に)	[]
現在の状態	<p>●意思疎通について () 可能 () 不可</p> <p>●日常生活について () 屋内の生活は問題なく行えるが介護なしでは外出できない () 屋内の生活は介助を要するが車椅子等に座ることができる () 生活全般において介助を要し寝たきり状態である</p> <p>●入れ歯について () 無し () 使用している () あるが使用していない</p>
現在の病気	<p>() 高血圧 () 心臓病 () 脳循環障害 () 糖尿病 () 腎臓病 () 肝炎 [A・B・C] 型 () その他 []</p>
かかりつけ歯科医	() なし () あり (歯科医院名:)
服用中のお薬	() なし () あり : お薬情報等添付・下枠内記載 []
肺炎の既往歴	() なし () あり () 繰り返しあり
上記病気で往診または 通院している病院	
食事形態	<p>() 普通食 () 介護食 (常食・軟食・刻み食・ミキサー食・流動食・ゼリー等) () 非経口 () その他 []</p>
低栄養リスク	() なし () あり () 不明
経管栄養	() ない () ある→胃ろう () 経鼻 () その他
座位保持	() 良好 () やや不良 () 不良
開口保持	() 可能 () 困難 () 不可能
含嗽(ブクブクうがい)	() 可能 () 困難 () 不可能→むせ