

訪問歯科診療申込書

ふりがな		性別
患者氏名	様	男・女
生年月日	明・大・昭 年 月 日	歳
住所	〒 -	
電話番号	- -	

ご用意いただきたいもの(コピー可)

- 医療保険証
 介護保険証
 障害者医療受給者証
 現在服用中の薬の情報・お薬手帳

申込み者

続柄

【請求書送付先】

様

〒 -

連絡先電話番号

住所

■現在の状態についてわかる範囲でお答えください。

既往歴 (今までにかかった病気)	・心疾患 ・脳血管障害 ・高血圧 ・骨折 ・糖尿病 ・誤嚥性肺炎 ・精神疾患 ・その他()	感染症の有無	ない ・ ある
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
車椅子使用	不使用 ・ 一部使用 ・ 使用	車椅子に乗れますか?	はい ・ いいえ
椅子に座れますか?	はい ・ いいえ	A D L	自立 ・ 一部介助 ・ 準寝たきり ・ 寝たきり
立ち上がりは?	自立 ・ 一部自立 ・ 全介助	歩行は?	自立 ・ 一部自立 ・ 全介助
認知機能の低下は?	無 ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度	言葉は?	話せる ・ 一部話せる ・ 話せない
コミュニケーションは?	取れる ・ 難しい	意識障害	有 ・ 無
食事形態は?	普通食 ・ キザミ食 ・ ミキサ一食 ・ 流動 ・ 胃ろう ・ その他		
増粘食品の使用は?	トロミなし ・ トロミあり() ・ ゼリー		
嚥下障害は?	ない ・ ある	ブクブクうがいはできますか?	できる ・ 困難 ・ 不可能
血圧	上: 下:	輸血は?	ない ・ ある
		術後肝炎は?	ない ・ ある (B型・C型)
薬の服用状況			
入れ歯はありますか?	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 (上・下) <input type="checkbox"/> 総入れ歯 (上・下) <input type="checkbox"/> あるけれど使っていない		
抜歯したことはありますか?	ない ・ ある	抜歯した時の異常は?	ない ・ ある ()
担当ケアマネ	事業所名 Tel	主治医	Tel
介護サービスの状況	日・月・火・水・木・金・土 (: ~ :)		
希望治療内容	摂食嚥下障害 ・ 入れ歯修理 ・ 入れ歯新製 ・ むし歯治療 ・ 口腔ケア ・ その他:()		

