

訪問歯科診療申込書

在宅療養支援歯科診療所 ハラダ歯科医院

院長 原田 和昭

e-mail : k48hden@gmail.com

HP: <http://www.harada-dc.net/pc/>

FAX: 522-7080 TEL: 522-7076

申込日: 平成 年 月 日

申込者

- ・訪問看護ステーション ・在宅介護支援センター ・在宅ケア服薬センター
- ・患者 (居宅 ・施設 ・病院)
- ・家族、ケアマネージャー、ヘルパー等
- ・その他 (_____)

氏名: _____ 患者との関係(_____)

住所: 〒 _____ 北九州市小倉南・北区

電話: _____ FAX: _____

訪問歯科診療を希望する者	保険の種類: 医療保険(_____)介護保険・その他
氏名: _____ (男・女)	生年月日 _____ 明治・大正・昭和 _____ 年 月 日 (_____)歳
住所: 〒 _____ 北九州市小倉南・北区	電話: _____
【介護保険要介護度】 自立 要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 認定なし	

《どのような状態ですか? ○印を付けてください》

- ① <歯、はぐき、入れ歯>が<痛い、しみる、うずく>
- ②歯が動く ③歯ぐきがはれた ④歯ぐきから血が出る ⑤埋めていたのがとれた
- ⑥被せていたのがはずれた ⑦入れ歯でかめない ⑧入れ歯がわれた
- ⑨その他(_____)

《かかりつけ歯科医院がありますか?》

・ない

・ある

歯科医院

理由 _____

《訪問日に対する希望》

・希望する曜日(_____) ・希望する時間(_____ 時頃)

今回の訪問歯科診療に対し、担当の先生にどのようなことを希望されますか。

また訪問歯科診療内容として以下のことを実施していますので、ご要望があれば申し出てください。

- ① 要介護者の口腔ケア
- ② 介護者の口腔ケア指導
- ③ 口腔リハビリ(摂食・嚥下リハビリ)
- ④ 主訴以外の一般歯科治療

記入欄

【日常生活について】

移動	自立	半介助	全介助	車いす介助
食事	自立	半介助	全介助	
会話	自立	半介助	全介助	
その他	認知症・問題行動～			

(障害老人の日常生活自立度) 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
(認知症老人の日常生活自立度) 正常 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
(生活上の主な障害の内容)

《現在、どのような健康状態ですか？ ○印を付けてください》

- ①心臓病 ②肝臓病 ③腎臓病 ④胃腸障害 ⑤糖尿病 ⑥高血圧 ⑦低血圧
⑧貧血 ⑨異常出血 ⑩リュウマチ ⑪その他()
⑫アレルギー 薬物()・食べ物()・その他()

《現在、服用中の薬はありますか？》

- ・ない
・ある

その薬の名前は

《現在、歯科以外の治療を受けていますか？》

- ・いない
・いる

治療を受けている病院は？ そして主治医の先生の名前は？

①病院名： ()科)電話番号：

主治医 先生

②病院名： ()科)電話番号：

主治医 先生

※上記の個人情報については、診療を行うための連絡以外の目的には使用いたしません。

在宅療養支援歯科診療所 ハラダ歯科医院