

訪問歯科診療・無料検診申込書

申し込み日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
氏名				
住所				電話番号 (自宅/携帯など)
往診先	・居宅 ・病院・施設等 ( )			
	住所			
寝たきりの原因になった疾患	・脳血管疾患 ・心疾患 ・神経疾患 (病名： )			
	・その他 ( )			
その他の疾患	・高血圧 ・糖尿病 ・肝臓疾患 ・腎疾患			
	・その他 ( )			
主治医名	氏名	( 病院 科)	TEL	
	氏名	( 病院)	TEL	
担当ケアマネージャー名：			TEL	
居宅介護支援事業所名名：			TEL	
かかりつけ医	： ( 有 ・ 無 ) 歯科医師名			
介護認定	有 (介護度：	訪問時立会予定者	家族	(続柄： )
	無		その他の介護者 ( )	
どうなさいましたか	・入れ歯が合わない ・入れ歯が壊れた ・新しい入れ歯を作りたい ・歯が痛い ・歯ぐきがはれている ・その他 ( )			
利用者の状況	通院はしていない ・ 通院中 ・ 往診をうけている ・ 入院中 服用中の薬を確認させていただくことがありますのでご用意お願い致します。			
寝たきり度	寝たきり ・ 座位できる時間 ( 分程度) 歩行状態 (要介助 ・ 車椅子使用 ・ 短時間歩行可能 ・ 屋内歩行可能)			
感染症	感染症なし ・ A ・ B ・ C 型肝炎 / その他 ( )			
義歯装着	有 (作製時期 ) ・ 無			
口腔清掃	毎日 ・ 時々 ・ していない			
うがい	できる ・ できない			
通院困難な理由				
往診可能時間帯				
その他 連絡事項等				

世帯形態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ひとり暮らし</li> <li>・ 高齢者夫婦のみ</li> <li>・ 子供他若年者と同居</li> <li>・ その他</li> </ul>
記憶	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 短期記憶に障害がある（ちょっと前のことが覚えられない）</li> <li>・ 長期記憶に障害がある（昔のことが思い出せない）</li> <li>・ 口腔ケアに支障のある記憶障害はない</li> </ul>
聴、視覚、会話	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ コミュニケーションに障害をもたらす視覚障害あり</li> <li>・ 視覚に問題あり</li> <li>・ 視覚障害以外の理由にて、コミュニケーションがとれない</li> <li>・ 問題なし</li> </ul>
身体状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自律している</li> <li>・ 部分的な介助を必要としている</li> <li>・ ほとんど介助する</li> <li>・ 全介助</li> <li>・ 過去7日間動作をしていない</li> </ul>
主な介護者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族</li> <li>・ 訪問看護師、ホームヘルパー</li> <li>・ 施設職員</li> <li>・ その他（                    ）</li> </ul>
介護状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 24時間いつでも介護が受けられる状態である</li> <li>・ 十分とは言えないが、必要な介護は受けられる</li> <li>・ 最低限の介護は受けられる</li> <li>・ 介護に期待はできない</li> </ul>
食物摂取状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食べ物の認知ができない</li> <li>・ 口腔への食物が運べない、または取り込みが出来ない</li> <li>・ きざみ食、またはミキサー食である</li> <li>・ 歯がないところがあり、かつ義歯を使用していない</li> <li>・ 飲み込むことが出来ない</li> <li>・ 食事中にせき込むことが頻発する</li> <li>・ 経管栄養</li> <li>・ 上記に該当なし</li> </ul>

**医療法人 裕豊会 みずたにおとな子ども歯科クリニック**

〒535-0001 大阪府大阪市旭区太子橋1丁目1-1 ロンポート101

TEL 06-4254-3666

TEL 06-4254-3668