

カルテNo. _____



歯科訪問診療申込書・問診票

ご依頼者様	ご本人 ・ ご家族 ・ ケアマネジャー ・ 相談員 ・ その他 ()					
ふりがな		性別	生年月日 年齢			
患者様名		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳			
訪問先住所	〒 -		駐車場 スペース 有 ・ 無			
連絡先	- - 本人・家族 () ・ その他 ()					
同居の家族	無 ・ 有	ふりがな お名前	続柄			
キーパーソン ※同上の場合不要	ふりがな お名前 〒 -	続柄 ()	連絡先 - -			
介護認定	無 ・ 有	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 申請中			
公費	無 ・ 有	<input type="checkbox"/> 重度障害老人 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()				
申込理由	<input type="checkbox"/> 入れ歯があわない <input type="checkbox"/> 口腔ケアの相談 <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 差し歯、被せが取れた <input type="checkbox"/> 歯ぐきの痛み、出血 <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が折れた、抜けた <input type="checkbox"/> 摂食嚥下評価 <input type="checkbox"/> その他要望 []					
訪問希望日	月 日	月曜・火曜・水曜・木曜・金曜・土曜 / 午前・午後・どちらでも・曜日による				
現在および過去の病気	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 高血圧 (/) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1c) <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 神経難病 () <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん () <input type="checkbox"/> 肝炎 (A・B・C) <input type="checkbox"/> その他 () ※現病歴等患者様情報をご準備ください					
服薬内容	無 ・ 有 ※有の場合はお薬手帳のコピーを添付ください					
かかりつけ医	病院名	診療科	主治医名			
全身の状態	座位	可能・やや困難・困難	口腔状態	食事介助	有 ・ 無	
	移動動作	全介助・部分介助・自立		うがい	可能 ・ 困難	
	聴力障害	有 ・ 無		食事形態	普通食 ・ きざみ ・ とろみ	
	言語障害	有 ・ 無			ペースト ・ 胃ろう ・ その他	
	認知障害	有 ・ 無		嚥下状態	問題なし ・ むせる	
意思表示	可能・やや困難・困難	飲み込みにくい ・ 噛めない				
ケアマネジャー 相談員	お名前	事業所	電話番号 FAX番号			

【必要書類】診療申込書・問診票、保険証の写し（医療・介護とも）、お薬手帳の写し、現病歴等患者情報、ケアプラン表

訪問日が決定いたしました。 年 月 日 () : ~