

【ファクシミリ施行】

医療・介護ケア連絡票 様式5 訪問歯科診療申込書 申込日 年 月 日

宛先: 白石歯科医師会訪問歯科担当者 亙理歯科医院 FAX :25-6612

利 用 者	ふりがな		生年月日	M・T・S・H 年 月 日	
	氏名 様 (男・女)		介護度	要支援 1・2	
住 所	TEL			要介護 1・2・3・4・5	
			申請中		
どうしましたか? 該当するものにレ印を付けてください(重複可) ☐ 歯が痛い・虫歯 ☐ 歯ぐきが腫れた ☐ 物がよく噛めない ☐ 歯がグラグラ動く ☐ せき込む・むせる ☐ 歯が抜けた ☐ 入れ歯があわない ☐ 入れ歯が壊れた ☐ 口腔ケア 残っている歯の数(わかる範囲で) 上 本 下 本 その他 () 治療についてのご希望等自由に書いてください。				入れ歯 有・無 有の場合 1.使用 2.未使用 かかりつけの歯科医院または最後に治療した歯科医院はありますか? 有・無・不明 歯科医院名: TEL ※希望歯科医院があれば記入 (歯科医院)	
既往歴(現病歴)／通院困難理由をお書きください 服用薬剤 有・無 感染症 有・無 手術の既往 有・無				現在の受診状況 ・通院していない ・通院中 ・往診を受けている ・入院中 (病院名:)	
主治医について		医療機関名			
		科	先生		
主介護者	ふりがな	続柄:		TEL	
	氏 名	様 住所			
居宅介護支援事業所		担当者氏名: TEL FAX			
訪問場所		自宅・施設・病院・その他 ()		駐車場	有・無

口腔機能等の情報

診療時の体位	☐ ベットの上	☐ 車椅子	☐ その他()
意思疎通	☐ できる	☐ ある程度できる	☐ できない
開口保持	☐ できる	☐ ある程度できる	☐ できない
うがい	☐ できる	☐ ある程度できる	☐ できない
むせこみ	☐ 有	☐ 無	
経管栄養	☐ 有	☐ 無	

依頼者: TEL: FAX: