

訪問歯科申込書（一般社団法人住之江区歯科医師会）

介護事業者記入用 令和 年 月 日

フリガナ 氏名		M T S H 年 月 日生まれ（ 歳）		
住所 住之江区		TEL ( ) FAX ( )		
家族 の 状 況	氏 名	年齢	続柄	備 考
保険	健康保険（有・生保）		要介護度 1 2 3 4 5	
記 入 者	事業所名：		氏名：	
	TEL ( )		FAX ( )	
初診時に都合が合えば、ケアマネージャーの同行を希望 (しない・する：記入者と同じ、お名前：)		介護事業者から検査データ等の提供できる情報が (ない・ある：)		
介護者は／いる（続柄： ） 常時同居 ・ 日中独居 ・ 夜間独居 いない（常時独居）				
通い介護の場合（主な介護曜日等について： ） 介護者居住地（ 区・市・府・県）				

1. 受診希望内容・お口の状態について ※当てはまるものに○をつけて下さい	発症時期
① 歯が：浮いている・グラグラする・穴があいている・痛い・詰め物、冠がとれた	年 月頃・不明
② 歯ぐきが：痛い・腫れている・出血する	年 月頃・不明
③ 入れ歯を：現在使っている・ 年 月頃から使っていない	
④ 入れ歯が：痛くて合わない・壊れた・無くした・新しく作りたい	年 月頃・不明
⑤ 口臭がある・口の渇きが気になる	年 月頃・不明
⑥ 食事がむせる・飲み込みにくい	年 月頃・不明
⑦ のどに食べ物が残る感じがする	年 月頃・不明
⑧ 食後、声がかすれたり、ゴロゴロ声になることがある	年 月頃・不明
⑨ 経管栄養をしている（胃ろう・腸ろう・経鼻），気管切開，人工呼吸器使用	年 月頃・不明
⑩ その他（ ）	年 月頃・不明
⑪ 口の中の（衛生管理・検診）を希望	

今までの歯科治療で以下のような症状はありましたか  
a. 気分が悪くなった b. 脳貧血を起こした c. 抜歯時、止血しにくかった  
d. その他（ ）

ご本人のかかりつけ歯科医（無・有： 年頃） 歯科医院 区	同居家族のかかりつけ歯科医（無・有： 年頃） 歯科医院 区
---------------------------------	----------------------------------

## 2. 全身状況について

医科主治医：		区	医院・病院・クリニック	先生
現在治療を受けている主な疾病等			処方されている薬	
			錠/日	
			錠/日	
			錠/日	
			錠/日	
医科受診状況	a. 医師定期的 ( 回/月)	b. 看護師定期的 ( 回/月)	錠/日	
	c. 緊急時のみ	d. 薬のみ	錠/日	
	e. 受けていない		錠/日	
既往歴	ウイルス性肝炎 / 有 ( B型・C型 )		錠/日	
	アレルギー / 有 (抗原と症状: )		錠/日	
	入院の既往 / 有 (病名等: )		錠/日	
	手術の既往 / 有 (病名等: )		錠/日	
身長:	cm	体重:	kg	肥満・やや肥満・ふつう・やや痩せ・痩せ

## 3. 日常生活状況について

	1	2	3	4	5
食事	食べさせる	部分的に手伝う	こぼすが食べられる	スプーンで食べられる	はしで食べられる
排便	1日中おしめ	夜だけおしめ	ポータブルトイレ使用	ときどき失敗	問題なし
排尿	1日中おしめ	夜だけおしめ	ポータブルトイレ使用	ときどき失敗	問題なし
起立	不可	起こせば座る	一人で座れる	ゆっくりだが立てる	さっと立てる
歩行	不可	車椅子	歩行器	ついで歩ける	補助なしに歩ける
行動範囲	寝たきり	部屋の中のみ	まれに外に出る	近くの買い物に出かける	自由に出かけられる
入浴	全面介助	部分的介護	なんとかできる	ゆっくりだができる	さっさとできる
着衣	不可	ものによって補助	なんとかできる	ゆっくりだができる	さっさとできる
聴力	全く聞こえない	ほとんど聞こえない	聞こえにくい	少し聞こえにくい	正常
視力	全く見えない	明暗のみ	見えにくい	少し見えにくい	正常
意思表示	不可	基本的な要求のみ (食事・便・尿意)	なんとかできる	十分ではない	問題なし
話の理解	不可	まれにできる	なんとかできる	十分ではない	問題なし
気質	怒りっぽい	やや気難しい	神経質・怖がり	無関心	普通
ご家族の協力度	熱心	協力的	普通	やや無関心	無関心

返信用FAX番号 6685-6480

問い合わせ等は、

住之江区歯科医師会訪問歯科窓口: さわだ歯科医院までお願いします。

(TEL・FAX 6685-6480)

(社)住之江区歯科医師会