

訪問歯科健康診査および訪問歯科診療申込書

花巻市が実施する訪問歯科健康診査および訪問歯科診療を申し込みます。

令和 年 月 日

花 卷 市 長 様

対象者 ^{ふり}氏 ^{がな}名

生年月日 T · S · H · R · · 生 歲

申 込 人 氏 名 _____

連絡先 住所
電話番号

依頼先歯科医院名		委託番号	
院 長 様			
住 所	花巻市 TEL —	家族氏名	
		続 柄	
連 絡 先	特別養護老人ホーム・老人保健施設 TEL —	病院、施設ケアマネ等 担当者名	
主 訴		歯科主治医名	
保険の種類	社保・国保・退職国保・生保	本人・家族	高齢 後高 重度障
寝たきりの原因等	年 月頃～	訪問希望日時(都合の良い時間、曜日等)	
内科等主治医名			
現病歴	心疾患・脳血管障害・糖尿病・肝疾患・高血圧・呼吸器疾患・骨粗鬆症・ その他()		
退院予定日	1. 令和 年 月 日 2. 決まっていない		
備 考			

上記の者を依頼いたします。

令和 年 月 日

花 卷 市 長 (公印省略)

花巻市歯科医師会長 様

担当 (受付者)

依頼日 年 月 日【FAX□】

問 診 票

各項目であてはまるところに丸印、記入をしてください。

1. 今、口の中で困っていることは

(1) 入れ歯の問題

①入れ歯が痛い ②入れ歯がゆるい ③入れ歯をつくりたい

④その他 ()

(2) 歯の問題

①むし歯で痛い ②歯がかけた ③歯がとれた

④その他 ()

(3) 歯肉の問題

①歯肉が痛い ②はれている ③歯石をとってほしい

④その他 ()

(4) その他 ()

2. 食事は

(1) 介助の状態

①介助なし ②ある程度介助が必要 ③全介助が必要

(2) 食事の内容

①普通食 ②やわらかい食 (ソフト食) ③とろみ食 ④経管栄養

(3) 食べ方

①起きて食べる ②寝たままで食べる ③その他 ()

3. 口の中のお手入れは

(1) 介助の状態

①自分でできる ②介護者がする ③全くしない

(2) 歯みがき回数

1 日 回 (毎食後 就寝前 その他)

4. 障害の程度

(1) 介護度は 1 度 2 度 3 度 4 度 5 度

(2) 会話は ①普通にできる ②できるが乏しい ③不可能

(3) 理解は ①十分ある ②少し減退してる ③ほとんど無

(4) 移動は ①寝たきり状態 ②ベット上で体を起こせる
③車椅子で移動可 (介助) ④車椅子で移動可 (自力)

5. 今飲んでいるお薬がありましたらご記入ください。

薬の名前は
