

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

受診者	氏名			世帯主氏名					
	生年月日	大・昭	年	月	日	(歳) 男・女	世帯主との続柄		
	住所					電話番号			
申込者氏名				電話番号			受診者との続柄		
ケアマネ氏名				電話番号			所属		
病名及び合併症		糖尿病・高血圧・心疾患・脳血管障害・肝疾患・喘息・アレルギー・身障手帳(有・無)							
いつから									
主治医名(医院名)									
訪問サービス		看護師・ヘルパー・()			所属			週()回	
どうしましたか		1. 虫歯 2. 歯が痛い 3. 歯ぐきが腫れて痛い 4. 歯ぐきから血が出る 4. 入れ歯の具合が悪い 5. 詰めたもの・かぶせたもの・差し歯がとれた 7. その他() いつから () 日前から () か月前から							
療養場所		1. 自宅(1階・2階・3階以上) 2. 施設 3. その他()							
交通について		1. 車の横付け可能 2. 車の横付け不可(車から療養者宅への距離約()分 3. その他()							
食事		1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助							
食事形態等		1. 普通 2. 軟食 3. きざみ食 4. 流動食 5. チューブ 0. 現在歯の具合が悪く食べられない							
ぶくぶくうがい		1. できる 2. できない		吐き出し	1. できる 2. できない				
歯みがき		1. 毎日 2. 時々 3. しない		誰が	1. 本人 2. 介助者 3. その他()				
服用中の薬		1. 骨粗しょう症の薬 2. 抗凝固剤() その他の薬はお薬手帳参照します							
特記事項									
話の理解		1. 理解できる 2. 簡単なことは理解できる 3. 理解できない							
言葉の表現		1. 普通 2. かなり不完全 3. 殆どできない							
特記事項									
起き上がり		1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助							
座位できる時間		1. できる 2. ()分程度できる 3. できない 4. 車いすなら()分程度できる							
歯科治療の希望		1. 本人 2. 家族 3. その他() *複数選択可能							
特に希望する歯科医院		1. ()歯科 2. 特になし							
特に希望する診療日・時間		()曜日 ()時~()時							
都合の悪い診療日・時間		()曜日 ()時~()時							

* 訪問診療日は患者さん宅と協力医が相談して設定いたします。

* 診察時は保険証・お薬手帳をご準備ください。

決定	協力歯科医師	初診日	年	月	日 ()
----	--------	-----	---	---	-------