

# 訪問歯科診療申込書

No. \_\_\_\_\_

(社)小倉歯科医師会  
 訪問歯科診療支援センター 御中  
 以下の通り、訪問歯科診療を申込みます。  
 申込日:平成 年 月 日

担当訪問歯科診療登録歯科医師  
  
先生  
訪問歯科診療支援センター記入

<b>申込者</b>	・訪問看護ステーション ・在宅介護支援センター ・在宅ケア服薬センター ・その他( )
	氏名: _____ 患者との関係( )
	住所: 〒 _____ 北九州市小倉南・北区
	電話: _____ FAX: _____

訪問歯科診療を希望する者	保険の種類: 医療保険( )・介護保険・その他
--------------	-------------------------

※イニシャル等で記入	生年月日	明治・大正・昭和
氏名: _____ (男・女)	年 月 日 ( )	歳

住所: 〒 \_\_\_\_\_ 北九州市小倉南・北区 電話: \_\_\_\_\_

【介護保険要介護度】 自立 要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 認定なし

《どのような状態ですか? ○印を付けてください》

①<歯、はぐき、入れ歯>が<痛い、しみる、うづく>  
 ②歯が動く ③歯ぐきがはれた ④歯ぐきから血がでる ⑤埋めていたのがとれた  
 ⑥被せていたのがはずれた ⑦入れ歯でかめない ⑧入れ歯がわれた ⑨その他

《往診を希望する歯科医院がありますか?》

・ない  
 ・ある \_\_\_\_\_ 歯科医院 \_\_\_\_\_ 理由 \_\_\_\_\_

《訪問日に対しての希望》 (・緊急を要する ・緊急を要さない)

・希望する曜日( ) ・希望する時間( 時頃)

【日常生活について】					(障害老人の日常生活自立度)
移動	自立	半介助	全介助	車いす介助	正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
食事	自立	半介助	全介助		(痴呆性老人の日常生活自立度)
会話	自立	半介助	全介助		正常 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
座位	自立	よりかかり	不可		【生活上の主な障害の内容】
その他	認知症・問題行動等～				

《現在、どのような健康状態ですか? ○印を付けてください》

①健康 ②心臓病 ③肝臓病 ④腎臓病 ⑤胃腸障害 ⑥糖尿病 ⑦高血圧  
 ⑧低血圧 ⑨貧血 ⑩異常出血 ⑪リュウマチ ⑫その他( )  
 ⑬アレルギー 薬物( )・食べ物( )・その他( )

《現在、服用中の薬はありますか?》

・ない  
 ・ある \_\_\_\_\_ その薬の名前は \_\_\_\_\_

《現在、歯科以外の治療を受けていますか?》

・いない  
 ・いる 治療を受けている病院は? そして主治医の先生の名前は?

①病院名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 科) 電話番号: \_\_\_\_\_  
 主治医 \_\_\_\_\_ 先生

②病院名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 科) 電話番号: \_\_\_\_\_  
 主治医 \_\_\_\_\_ 先生

今回の訪問歯科診療に対し、担当の先生にどのようなことを希望されますか。  
 また訪問歯科診療内容として以下のことを実施していますので、ご要望があれば申し出ください。

①要介護者の口腔ケア ②介護者の口腔ケア指導 ③口腔リハビリ ④主訴以外の一般歯科治療 ⑤歯科治療に関する相談	記入欄 <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
---	--