

長崎市歯科医師会 訪問歯科診療申込書

申込日： 年 月 日 No. _____ [初回・ 回目] 受付者 _____

氏 名	<small>フリガナ</small> _____ (男・女)	M・T・S・H	年 月 日生 (才)
住 所	TEL _____		
申込者氏名	<small>フリガナ</small> _____ (患者との続柄)		
保険等の種類	国保 ・ 社保 ・ 後期 ・ 生保 ・ 中国	要介護認定	非該当・要支援()・要介護()
身障者手帳	有 (種 級) ・ 無	原爆手帳	有 ・ 無
相談内容	該当するものがあれば○印を付けて下さい。(重複可)		
	ア. 痛みがある イ. 腫れている ウ. 入れ歯が合わない エ. 入れ歯がこわれた オ. 入れ歯を作りたい カ. 出血がある キ. 入れ歯の手入れ方法について ク. 口臭がある ケ. うまく食べられない コ. 口腔清掃の方法について サ. その他 (_____)		

1. 現在の病名： _____ 発症S・H 年 月 日
 _____ 手術日 H 年 月 日
2. A D L : J (1 ・ 2) ・ A (1 ・ 2) ・ B (1 ・ 2) ・ C (1 ・ 2)
3. ①意識障害：ア. ある JCS (_____) イ. ない ②視力障害：ア. ある (右・左) イ. ない
 ③聴力障害：ア. ある (右・左) イ. ない ④言語障害：ア. ある イ. ない
 ⑤麻 痺：ア. ある (右・左) イ. ない ⑥認 知 症：ア. あるランク (_____) イ. ない
 ⑦口腔清掃：ア. 自立 イ. 一部介助が必要 ウ. 全介助が必要 エ. 不明
 ⑧食事摂取：ア. 自立 イ. 見守りが必要(指示を含む) ウ. 一部介助が必要 エ. 全介助が必要 オ. 不明
 ⑨嚥 下：ア. できる イ. 見守りが必要(指示を含む) ウ. できない エ. 不明
 ⑩摂取形態：ア. 普通 イ. 少し軟らか ウ. すり潰し状 エ. 流動 オ. 胃瘻
 カ. OE法 キ. NG法 ク. DIV ケ. IVH
4. 現在の常用薬： _____
5. 薬物アレルギーなど： _____
6. 特記すべき感染症： _____
7. 身長 _____ cm、体重 _____ kg、血圧 _____ / _____ mmHg、脈拍 _____ 回/分
8. 自宅の道路状況(訪問診療機器移送のため)
 ①自宅前まで車が ア. 入る イ. 入らない ②自宅前に駐車 ア. できる イ. できない
 ③駐車場が近くに ア. ある イ. ない ④最寄りのバス停 (_____) より徒歩 _____ 分
9. 希望する歯科医院：無・有 _____ (_____) 町
10. 連絡事項： _____

[添付文書：有・無]

病院名：	科名：	主治医：	担当看護師：	TEL
保健師	TEL FAX		その他関係職種	TEL
訪問看護師	TEL FAX			FAX
担当歯科医師	TEL FAX		担当歯科衛生士	TEL FAX