

在宅歯科医療・介護連携推進事業 依頼書

依頼日: 令和 年 月 日 ()

| | | | | | | | |
|--------------|---|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|--|
| 申し込み者 | | 患者との続柄 | | | | | |
| 事業所名 | | 事業所電話番号 | | | | | |
| フリガナ 患者氏名 | (男・女) | 生年月日 | M T S | 年 | 月 | 日(歳) | |
| 住所 | | | | | | | |
| TEL | | 携帯 | | | | | |
| 保険 | <input type="checkbox"/> 社保 | <input type="checkbox"/> 国保 | <input type="checkbox"/> 後期高齢者 | <input type="checkbox"/> 障害 | <input type="checkbox"/> 生活保護 | | |
| 要介護度 | <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 | | | | | | |
| かかりつけ歯科医院 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | () | | | | |
| 訪問希望日(可能)日 | <input type="checkbox"/> 月 | <input type="checkbox"/> 火 | <input type="checkbox"/> 水 | <input type="checkbox"/> 木 | <input type="checkbox"/> 金 | <input type="checkbox"/> 土 | |
| 全身疾患 | 1、なし | 2、あり | 下記の該当するものを○で囲んでください。 | | | | |
| ・糖尿病 | ・肝臓病 | ・脳血管障害(無・有) | ・高血圧 | ・甲状腺疾患 | ・肝炎(型) | | |
| ・心臓病 | ・結核 | ・呼吸器疾患 | ・胃潰瘍 | ・十二指腸潰瘍 | ・認知症 (無・有) | | |
| ・癌(部位 |) 本人告知(無・有) | | ・リウマチ | ・骨粗鬆症 | ・パーキンソン病(症候群) | | |
| ・変形性関節症 | ・腎臓病 | ・肺炎の既往歴(無・有) | ・その他() | | | | |
| 歩行 | 1、歩行可能 | 2、補助道具により歩行可能 | 3、車いす | 4、寝たきり | | | |
| うがい | 1、可 | 2、介助 | 3、不可 | | | | |
| 歯磨き | 1、可 | 2、介助 | 3、不可 | | | | |
| お口の清掃状態 | 1、良い | 2、普通 | 3、悪い | | | | |
| 相談内容 特記事項 | | | | | | | |

直方歯科医師会 口腔管理推進室 (FAX 0949-28-7550)へお願いいたします。