

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。