

# 在宅歯科診療申込書

厚木市歯科保健センター  
 厚木歯科医師会 殿  
 TEL046-221-8733、FAX046-221-7673

平成 年 月 日

申込者 氏名 \_\_\_\_\_ 患者との続柄 \_\_\_\_\_  
 (介護者) 〒 \_\_\_\_\_  
 住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

次のとおり在宅歯科診療の申込みを致します

(FAX申込み可)

患者名	(男・女)	生年月日	明・大・昭	年	月	日( 歳)
住 所	〒			電 話		
駐車場	有・無	要介護度	歩行	できる・できない	認知症	ある・ない
紹介目的						
備考						
かかりつけ (通院していた)歯科医院		あり(歯科医院名: _____)・なし ↳ かかりつけ歯科医に在宅診療を(希望する・希望しない)				
主治医名				電 話		
主たる病名						
注意すべき感染症およびアレルギー						

担当ケアマネージャー

事業所名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

# 在宅歯科診療調査票

平成 年 月 日

厚木市歯科保健センター  
 厚木歯科医師会 殿  
 TEL046-221-8733 FAX046-221-7673

★患者名	(男・女)	生年 月日	明・大・昭	年	月	日( 歳)
★主たる病名						
★その他の 既往歴	1. 高血圧 2. 低血圧 3. 心臓 4. 腎臓 5. 肝炎 6. 胃 7. 腸 8. 血液疾患 9. 貧血 10. 糖尿病 11. ちくのう 12. かぜ 13. アレルギー 14. ぜんそく 15. リウマチ 16. かぶれ、じんましん 17. 脳梗塞 18. 脳血管障害性認知症(老年性認知症) 19. 初老期認知症(アルツハイマー) 20. パーキンソン 21. てんかん 22. その他					
★感染症の有無	1. MRSA 2. 肝炎 3. 梅毒 4. 結核 5. HIV 6. その他					
特別な医療	1. 点滴 2. 中心静脈栄養 3. 透析 4. ストーマの処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター 7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養 10. モニター測定 11. じょくそうの処置 12. カテーテル 13. 胃ろう					
現在服用中の 薬剤	1. 2. 3. 4. 5. 6.					
薬剤に対するアレルギー ( ) 胃が痛くなる・発疹がでる・かゆくなる・他						
特記すべき 留意事項						
現在の状況	寝たきり ・ 寝たり起きたり ・ 座ることが出来る				利き手	左 ・ 右
移動動作状況	全介助 ・ 部分介助 ・ 自立		麻痺拘縮の部位	右 ・ 左 ・ 下半身 ・ その他		
聴力障害	有 ・ 無		認知症	有 ・ 無		
言語障害	有 ・ 無		意思表示	出来る ・ 出来ない		
★以前の 歯科診療経験	1. 気分が悪くなる 2. 貧血を起こした 3. ショック症状を起こした 4. 血が止まりにくかった 5. 薬物アレルギーが出た 6. その他					
口腔機能	1. 食事 2. 食形態 3. うがいできるか 4. 物を吐き出せるか 5. 嚥下・反射	全介助 ・ 部分介助 ・ 見守り ・ 自立 流動食 ・ 軟食 可 ・ 否 可 ・ 否 有 ・ 無				
口腔清掃 (入れ歯含む)	毎日 ・ 時々 ・ しない _____ いつ ( ) 誰が ( )					
他サービスの 状況	1. ヘルパー(訪問介護) 2. 訪問入浴介護 3. 訪問看護 4. 訪問リハ 5. 居宅療養管理指導 6. デイサービス(通所介護) 7. デイケア(通所)					

★…なるべくご記入下さい