

訪問歯科診療相談シート

記入日／ 令和 年 月 日

対応者／

本人情報	ふりがな				男・女	生年月日	明・大・昭・平・令		
	名 前						年	月	日 (歳)
	住 所 (施設名)	〒				電話番号	自宅		
	駐車場	あり・路駐・なし ()					携帯		
	医療負担割合	1・2・3	公 費	生活保護・福・障など ()					
	介護負担割合	1・2・3	要介護度	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5 ()					
	既往歴	認知症・脳梗塞後遺症・骨粗鬆症・パーキンソン病・高齢による筋力低下・足腰が不自由・高血圧・虚血性・不整脈・心不全・脳血管・糖尿病・喘息・慢性気管・甲状腺機能障害・甲状腺機能こう進・てんかん・慢性腎臓・その他 ()							
	感染症	なし・HBs・HCV・梅毒・MRSA・その他							
	内科主治医	病院名 () 医師名 ()							
	訪問可能な曜日、 時間帯に○×を ご記入下さい		日	月	火	水	木	金	土

周辺情報	ご依頼者	本人・親族・ケアマネ・施設スタッフ・その他 ()						
	キーパーソン	ふりがな			続 柄			
	名 前				同居・別居			
住 所	〒			電話番号	自宅			
					携帯			

ケアマネジャー情報	ふりがな			TEL		
	名 前			FAX		
	事業所名					

今回はどうされましたか？

①歯が痛い	②グラグラ	③歯ぐきが腫れた・痛い	④つめもの・かぶせものが取れた
⑤口の中にできものがある	⑥入れ歯の調子が悪い	⑦入れ歯を作りたい	⑧歯が抜けた
⑨口腔ケアをして欲しい	⑩その他 ()		
〈メモ欄〉			