在宅歯科医療連携室 行　FAX：0852-31-0198

# 在宅歯科連携室　問診票

令和　　年　　月　　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 患者氏名 | (ふりがな) | 男・女 | 生年月日 | 大･昭･平･令　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住所･訪問先 | 住所:<br>訪問先住所:　同上　・　別　→住所: | | | 電話（　　）　－<br>電話（　　）　－ |
| 主たる介護者 | 氏名<br>(続柄　　)　同居　・　別居　→住所: | | | 電話（　　）　－ |
| 緊急連絡先 | （　同上　・　別　）別→住所: | | | 電話（　　）　－ |
| ケアマネ氏名 | | 所 属<br>(事業所名) | | 電話（　　）　－ |
| 訪問する曜日や時間帯の希望 | 特になし　／　希望あり　：　（　　)曜日　　時間帯: | | | |
| かかりつけ歯科医院 | 1. あり　：　歯科医院名(　　）電話（　　）　－<br>2. なし | | | |
| 主訴に〇 | 1. 歯が痛い　　2. 歯ぐき/歯肉が痛い(腫れた、血がでる)<br>3. 舌や粘膜が痛い　　4. 入れ歯の具合がわるい･合わない･痛み<br>5. 入れ歯がこわれた　　6. 入れ歯を新しくつくりたい<br>7. 口臭が気になる　　8. 口の中が汚い/口腔ケア希望<br>9. うまく咬めずに食べにくい　　10.うまくしゃべれない<br>11.よくむせる　　12.うまく飲み込めない<br>13.その他　（　　） | | | |
| 既 往 歴 | | | | |
| 現在服用中薬剤 | | | | |
| 主 治 医 | 病院名:<br>担当医師名: | 住所<br>電話（　　）　－<br>FAX（　　）　－ | | |
| 患者さんの状態 | 自立歩行可能　・　車椅子で移動可能　・　寝たきり（ 座位可能 ・ 不可能 ） | | | |
| 移動･移乗 | 介助不要　・　一部介助　・　全介助 | | | |
| 認知能力の程度･要介護度に〇してください | 指示や話　（ 十分理解 ・ ある程度理解 ・ 理解できない ）<br>要介護度　（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） | | | |
| その他特記事項 | | | | |

＊歯科医師会使用欄

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 架電者氏名 | | 患者との関係 | | 連絡先 | 電話（　　）　－ |
| 申 込 日 | | 相談のみ<br>・<br>紹介 | 内容 | | |

個人情報の取り扱いには十分ご注意下さい。記載の困難なもの(お薬手帳等)はコピーでも構いません。