

カルテNo.

## 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 名前			男・女	生年月日	明・大・昭 平・令	年 月 日 (歳)
住所 (施設名)	〒			駐車場	あり・路駐・なし ( )	
電話番号	自宅		医療負担割合	1・2・3	公費	生活保護・福・障など ( )
	携帯		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( )					
意思疎通	0.不可能 1.呼びかけに反応可 2.従命可だが意味を理解できない 3.スローだが従命可 4.問題なし					
食事形態 誤嚥性肺炎 の 発症・罹患	<input type="checkbox"/> 経口摂取 ( <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 ( <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j)) <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> あり (発症日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし					
訪問可能 曜日に ○×を ご記入 下さい	日	月	火	水	木	金
	AM					
PM						

## 【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 名前			続柄		同居・別居
電話番号	自宅			携帯		
住所						

## 【ケアマネージャー情報】

ふりがな 名前	TEL
事業所名	FAX

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)			

何で知りましたか？

HP・口コミ・院内パンフレット・スタッフから・ポスターを見て・他患者もさくら会に依頼しているため

広告物(ハートページ(冊子・web)・なごやかひろば・その他)

その他( )