

訪問歯科診療相談シート

カルテNo. _____

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	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 ()						
訪問可能 曜日に ○×を ご記入 下さい	日	月	火	水	木	金	土
	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				続柄	同居・別居	
	名前						
電話番号	自宅				携帯		
住所							

【ケアマネージャー情報】

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)			

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
その他 ()

TEL: 03-6404-8306 FAX: 03-6404-8307