訪問歯科依頼書

記入日　　年　　月　　日

ふりがな		依頼者様	
患者様氏名	男 （　　号室）　女		
住所		TEL	
生年月日	M.T.S.H　　年　　月　　日	施設名	医療法人社団　三秀会 青梅三慶病院
介護度	要支援　1.　2.　　要介護　1.　2.　3.　4.　5.　　【○を付けて下さい】		
保険の種類	1.国保　2.社保　3.生保　4.障　5.後期高齢　6.高齢受給者　【○を付けて下さい】		

依頼者様欄はご本人・ご家族・ご担当者様(相談員・ケアマネ・ヘルパー・ワーカー・担当ワーカー様)が考えられます
ご記名宜しくお願い致します

1. どうしましたか【○を付けて下さい】　痛い　腫れた　取れた
歯が揺れる　義歯が合わない　義歯が欠けた
義歯を入れたい　その他（　　）

2. 全身状態の現在についてお知らせください【○を付けて下さい】

治療中の疾患　無　有（疾患名）

服薬　無　有（薬剤名）

肺炎の既住　無　有　繰り返しあり
低栄養リスク（体重の変化等　無　有　不明
食事形態　普通食　介護食　非経口

3. 今までにかかった病気に【○を付けて下さい】

脳血管疾患（脳梗塞後遺症・脳内出血・脳血栓・多発性脳梗塞）
心臓疾患（心筋梗塞・狭心症・不整脈）
糖尿病　リュウマチ　肝臓疾患　肺炎
その他の病名

4. 感染症の有無をお知らせ下さい【○を付けて下さい】

無　有　A・B・C肝炎　HIV　結核　梅毒　その他（　　）

5. 現在のお身体の状況をお知らせ下さい【○を付けて下さい】

車椅子（自走出来る・出来ない）　一人では歩行出来ない
聴力障害　視力障害　言語障害　麻痺（右・左・全身）
知的障害　認知症　てんかん　精神障害　寝たきり若しくはそれに準ずる

6. お口の清掃についてお知らせ下さい【○を付けて下さい】

誰がしますか　（本人・家族・介護士）
いつしますか　（朝・昼・夜）

【この問診票は当法人で定めた使用目的の範囲内にて利用致します】

医）もとえデンタルクリニック・訪問診療部
TEL：　042-530-7800/FAX：042-530-7802