

泉区歯科医師会 歯科訪問診療相談室

医療保険用

【歯科訪問診療予診票】

申込日 年 月 日

※記入できる方がいる場合は、併せて提出してください。電話での申し込みの場合は不要です

ふりがな 患者氏名	(男・女)	申込者氏名 患者との関係	
--------------	-------	-----------------	--

※提出して頂く場合は、わかる範囲内で記入してください。

口腔状況  ※該当するものすべてに印を付けてください。	1 虫歯がある ( 痛みがある ・ 痛みは無い ・ 噛めない ) 2 歯茎が痛い ( 腫れている ・ 血が出てくる ・ 噛めない ) 3 詰め物、差し歯が取れた ( 取れたものは □ある □ない ) 4 入れ歯が合わない ( 痛い ・ 入らない ・ 噛めない ・ 割れた ) 5 口が開かない 6 口腔のケア希望※別紙口腔のケア・アセスメント票に記入してください 7 その他 ( 具体的にご記入ください )
摂食嚥下	1 食事は ( できる ・ できるが時々むせる ・ できない ) 2 食事様式 ( 自立 ・ 部分介助 ・ 全面介助 ) 3 食事内容 ( 普通食 ・ 軟食 ・ 流動食 ) 4 うがいは ( できる ・ 困難 ・ できない ) 5 飲み込み ( できる ・ 困難 ・ できない ) 6 吐き出し ( できる ・ 困難 ・ できない )
歯科往診履歴	歯科医院名 _____ 所在地 _____ 市・区 _____ 最後にかかった日 _____ 年 _____ 月 _____ 頃 理由 ( 虫歯 ・ 歯周病 ・ 入れ歯 ・ その他 : _____ )
日常生活動作	1 寝たきり ( 寝床内で体を起こすことが : できる ・ できない ) 2 寝たり起きたり ( 寝床外で : 座位できる時間 : _____ 分程度 ) 3 移動ができる ( 車椅子 ・ 歩行 )
全身疾患 医科での 病気  ※該当するものすべてに印を付けてください。  薬剤情報添付	1 心疾患 ( 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 心不全 ・ 不整脈 ・ その他 : _____ ) 2 脳血管疾患 ( 脳梗塞 ・ 脳溢血 ・ その他 : _____ ) 3 高血圧 ( 上 _____ mmHg、下 _____ mmHg ) 4 糖尿病 ( 血糖値 _____ 、 HgA1c _____ % ) 5 骨粗鬆症 6 感染症 ( _____ ) 7 その他 ( 具体的にご記入ください )