

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、合わせて提出してください。提出が必須ではありません。

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 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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 _____、HbA1c %) 5 骨粗鬆症 6 感染症 (_____) 7 その他 (具体的にご記入ください)

相談室 お申し込み専用 F A X 番号 045-410-6258