

# 歯科（受診・訪問依頼）連絡票【高齢者】

御中 平成 年 月 日

依頼者所属名： \_\_\_\_\_

職 種： 介護支援専門員・訪問看護師・家族・( )

依頼者名： \_\_\_\_\_ 連絡先電話番号： \_\_\_\_\_

患者氏名 性別・生年月日	ふりがな	男 ・ 女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( )歳
住所・電話番号	電話番号		
介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	
主介護者	□夫 □妻 □子 □親 □その他( )		
歯科通院歴	有・無 (有の場合の歯科医院名: )		
日常生活 状況	生活自立度	ほぼ自立・介助により外出・ベッド上生活が主体で座位 OK・寝たきり	
	意思疎通	全く支障なし・おおむね支障なし・やや困難・困難	
通院困難な理由 (訪問診療の場合)	歩行困難・寝たきり・その他( )		
現病歴			
服薬中の薬剤	無・有( )		
医科主治医	病(医)院名	主治医名	
食事形態	普通・きざみ食・やわらか食・ミキサー食・ペースト食・ムース食・その他( )		
普段の口腔ケアの状況	いつ:	起床時・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前	
	何で:	歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ・ポイントブラシ・スポンジブラシ ・口腔ウェットティ・その他( )	
歯科における 主訴	歯： 痛い、むし歯、しみる、詰め物脱離、動揺、_____ 歯肉： 痛い、腫れた、出血、排膿、違和感、_____ 入れ歯： 不適合(痛い)、破損、新製希望、_____ 清掃： 歯石除去希望、歯磨き指導希望、_____ その他： _____ 相談内容：( )		
訪問希望日・時間帯 受診希望日・時間帯	( )曜日、時間帯( )、いつでもよい その他( )		
駐車場 (訪問診療の場合)	無・有(駐車場所 )		
その他 特記事項			