

## 甲賀圏域における訪問歯科診療・相談依頼票

(送付日 令和 年 月 日)

御中

依頼者所属名：  
 所在地：  
 依頼者名：  
 職種：介護支援専門員・その他( )  
 電話番号： FAX番号：

訪問歯科診療を希望していますので、返信をお願いします。

|                 |   |               |         |
|-----------------|---|---------------|---------|
| 患者氏名<br>(イニシャル) | .   | 性別            | 男・女     |
| 生年月日            | 大正・昭和・平成・令和   | 年             | 月 日( 歳) |
| 住所              | 市 (詳しい住所は電話で連絡)   |               |         |
| 介護度             | 要支援 1・2   | 要介護 1・2・3・4・5 |         |
| 主たる介護者          | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 娘・息子 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他( )         |               |         |
| かかりつけ<br>歯科医院   | 無・有( )  |               |         |
| 認知症・日常生活<br>の状況 | 認知症の有無 (有・無)<br>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可能・寝たきり)<br>意思疎通(全く支障なし・おおむね支障なし・やや困難・困難)<br>その他：                              |               |         |
| 通院が困難な理由        | 歩行困難・寝たきり・その他( )  |               |         |
| 主たる病名           |   |               |         |
| 病歴(簡単に)         |   |               |         |
| 服薬中の薬剤          |   |               |         |
| 医科の主治医          | 医療機関名   | 主治医氏名         |         |
|                 | 電話番号  |               |         |
| 歯科における主訴        | 歯：痛い、むし歯、しみる、詰め物がとれた、動いている<br>歯ぐき：痛い、腫れている、出血、膿が出る、違和感、その他( )<br>入れ歯：不適合(痛い)、破損、新調希望<br>清掃：歯石除去希望、歯磨き指導希望<br>相談：内容( )<br>その他： |               |         |
| 訪問希望日・時間帯       | ( )曜日、時間帯( )、いつでもよい<br>その他( )   |               |         |
| 駐車場の有無          | 有・無 ※詳細は電話で連絡   |               |         |
| その他特記事項         |   |               |         |