

# 在宅要介護者歯科訪問申込書

申込日 平成 年 月 日

受診者	住所		
	(S.1956年) 氏名	男・女	年 月 日生 ( ) 歳
申込者	電話	( ) - ( ) - ( )	
	住所		
	(S.1956年) 氏名		
主な介護者	電話	TEL ( ) - ( ) - ( )	FAX ( ) - ( ) - ( )
	氏名	受信者との続柄	
身体 の 状 況	医科主治医	TEL ( ) - ( ) - ( ) FAX ( ) - ( ) - ( )	
	要介護度/身障者級	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5 身障者 級
	要介護になつた理由	.	
	現病歴・既往歴	1. 心疾患 ( ) 2. 肝疾患 ( 型肝炎 肝硬変 肝がん ) 3. 腎疾患 4. 高血圧 5. 低血圧 6. 糖尿病 7. 血液疾患 8. その他 ( )	
歯 の 状 況	自立度	1. 完全寝たきり 2. 起座 ( 全介助 ) 3. 歩行 ( 自力・一部介助・全介助 ) * 単椅子での座位とれる 簡単な事なら可。常に「痛い」と自己アピールする。	
	手の動き	1. 自由に動く 2. 片手だけ動く ( 右・左 ) 3. あまり動かない 4. 動かない 右半身スビ 左半身スビ	
	視力	1. 見える 2. 少し見える 3. 見えない	
	聴力	1. 聞こえる 2. 少し聞こえる 3. 聞こえない	
歯 の 状 況	薬などによる副作用	1. 無 2. 有→薬の種類・時期 ( )	
	かかりつけか歯科医院	1. 有 ( ) TEL ( ) - ( ) FAX ( ) - ( ) 2. 無	
歯 の 状 況	抜歯の状況	1. 抜歯をしたことが無い 2. 不明 3. 有る → その時に異常は ( 無・有 → 歳頃 )	
	相談内容		
ケアマネジャー	名前 ( ) 連絡先 TEL ( ) - ( )	事業所名 ( )	FAX ( ) - ( )
★特記事項等 デイサービス : 月. 火. 水. 木. 金. 土. ショートステイ : 駐車スペース : 有り 無し (無しの場合車でいきますので停められるところを教えてください)			
秋尾歯科 TEL (0564)25-6776 FAX (0564)28-0115			