

牛久市在宅要介護者歯科訪問健康診査受付票兼問診票

		受付年月日	年	月	日				
		担当介護支援 専門員							
受診者	住所	牛久市					電話番号		
	氏名		男 女	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 () 歳				
要介護認定等	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
身体障害者手帳	有 (種 級) ・無								
主な介護者と連絡先	配偶者・嫁・子供 () ・その他 ()						電話番号		
申込者	住所								
	ふりがな 氏名		受診者との続柄						
申し込み理由	1 痛みがある 2 腫れている 3 物がよくかめない 4 入れ歯があわない 5 入れ歯をつくりたい 6 その他(出血、口臭、飲み込みがうまく出来ない、他 ())								
かかりつけの 歯科医院	医院名								主治医
	住所								電話番号
かかりつけの 医 院	医(病)院名								主治医
	住所								電話番号
訪問状況	保健師・訪看・ヘルパー・その他 () ・していない								
口 腔 機 能	・摂食(経口 非経口)			・食事様式(自力 部分介助 全面介助)					
	・嚥下障害(ある ない)			・物が吐き出せるか(可 否)					
口 腔 清 掃	・清掃状況(毎日 時々 しない)			・いつ(朝 食後 寝る前) 計 回					
	・だれが(本人 介護者 その他 [])								
聴 力	1 正常	2 大声で聞こえる	3 耳元で大声をだすと聞こえる	4 聞こえない					
意 思 疎 通	会話により 1 完全に通じる 2 ある程度通じる 3 ほとんど通じない								
認 知	1 問題なし 2 疑いあるも現状問題なし 3 問題あり								
主たる障害									
臥床状況	・寝たきり・主に座位(可能時間 分程度) 障害になった時期 ____年 ____月頃								
現在治療中の病気と服薬									
備 考	(合併症の有無、以前の歯科治療の状況、薬物アレルギー等 特記事項があれば記入)								

※ 氏名・性別・生年月日・回答内容・健診結果等の個人情報は
個人情報保護法により管理し、漏洩や不正がないことをお約束
いたします。

牛久市歯科医師会