

訪問歯科診療依頼書（診療情報提供書）

申込日：平成 年 月 日

患者氏名	(男・女)		かかりつけ歯科医()
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳		
患者住所	(入院先) ()病棟()階()号室		
	(自宅)	TEL	-
申込者氏名	所属		TEL -
保険の種類	国・社・高・生	原爆手帳	無・有
保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		受給者番号	
身障者手帳	有(種 級)・無	要介護認定	非該当・要支援・要介護()
相談内容 該当項目に○	1. 口腔ケア (a. 口腔清掃 b. 摂食・嚥下リハビリ) 2. (痛み、腫れ、出血、口臭)がある 部位() 3. 入れ歯が (合わない、こわれた、作りたい、汚れている) 4. その他 ()		

1. 現在の病名： _____ 発症 昭和・平成 年 月 日
 _____ 手術 昭和・平成 年 月 日

2. 既往歴： _____

3. 現在の常用薬： _____

4. ① 意識障害： ア. ある JCS() イ. ない ② 視力障害： ア. ある (右・左) イ. ない
 ③ 聴力障害： ア. ある (右・左) イ. ない ④ 言語障害： ア. ある イ. ない
 ⑤ 麻痺： ア. ある (右・左) イ. ない ⑥ 認知症： ア. ある ランク() イ. ない
 ⑦ 口腔保清： ア. 自立 イ. 一部介助が必要 ウ. 全介助が必要 エ. 不明
 ⑨ 食事： ア. 自立 イ. 見守りが必要(指示を含む) ウ. 一部介助が必要
 エ. 全介助が必要 オ. 不明
 ⑩ 嚥下： ア. できる イ. 見守りが必要(指示を含む) ウ. できない エ. 不明
 ⑪ 摂食形態： ア. 普通 イ. 少し軟らか ウ. きざみ程度 エ. すり潰し状 オ. 流動
 カ. 胃瘻 キ. 経管法 ク. NG法 ケ. DIV コ. IVH

5. 薬物アレルギーなど： _____

6. 特記すべき感染症： _____

7. 連絡事項： _____