

かえつ歯科往診依頼書

かえつ歯科 F A X 0250-25-5511

T E L 0250-25-5510

依頼書確認後に訪問担当者から連絡致します。 ※連絡先が患者様ご住所と相違する場合は、備考欄に連絡先をご記入ください。

2～3日たっても連絡がない場合は、確認のお電話をいただきますようお願い致します。

初めて、またはお久しぶりの方は、保険証のコピーもFax、Mail添付等お願い致します。

患者氏名 (ふりがな)	生年月日	性別
	M・T・S	男・女
	年 月 日	
ご住所		電話番号
〒 -		

★現在の患者様の状況を教えてください。

基礎疾患	なし・あり (疾患名:)		
感染症	なし・あり (HBV・HCV・RPR・TPHA・その他) ・不明		
服薬	なし・あり (薬剤名:)		
	血をサラサラにする作用があるお薬を飲んでいますか? はい・いいえ		
肺炎の既往	なし・あり・繰り返しあり	会話	できる・できない
低栄養リスク	なし・あり・不明	麻痺	ない・あり (右・左)
食事形態	普通食・介護食・非経口		
食形態	常食・軟菜食・刻み食・とろみ付き刻み食・ミキサー食・流動食・ゼリー・その他		
義歯の使用状況	上顎: 総義歯・部分床義歯・義歯なし 下顎: 総義歯・部分床義歯・義歯なし		
口腔ケアに対するリスク	経管栄養チューブ	ない・胃瘻・経鼻・その他	
	座位保持	良好・やや不良・不良	
	口腔内での水分保持及び含嗽	可能・困難・むせ・飲んでしまう・口から出る	

★往診依頼された経緯を教えてください。

患者様本人からの依頼	患者様のご家族からの依頼	入居時歯科健診
摂食、嚥下訓練のため	その他 ()	

★入れ歯でお困りの方はその内容に○を付けて下さい。

当たる	ゆるい	かけた	割れた	歯が取れた
金具が取れた	新しい入れ歯を作りたい	その他 ()		

★入れ歯以外でお困りの方は○を付けて下さい。

歯が痛い	穴が開いた	歯が取れた	揺れている	抜けた
------	-------	-------	-------	-----

★備考欄 その他問題・コメントがあればご記入ください。

--