



訪問歯科診療・口腔ケア

# あせい歯科

訪問歯科診療相談書

FAX 0795-82-8301

◇下記項目をご記入後当医院へ持参または FAX にて返信をお願いします。

お申込日 年 月 日

ふりがな：	性別： 男 ・ 女
患者様氏名：	生年月日： 大正・昭和 年 月 日( 歳)
住所：〒	
電話番号： - -	駐車スペース： 有 ・ 無
保険証：前期・後期高齢者・生活保護 ・ 重度障害 ・ その他( )	
介護保険： 無 ・ 有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 )	
通院困難なご事情： 足が不自由 ・ 寝たきり ・ 認知症 ・ その他( )	

◆ご連絡方法	
①ケアマネージャー様 ②ご本人 ③ご家族様(氏名：	続柄： )
電話番号( - - )	
ケアマネージャー様のお名前	事業所名 (TEL - - )

◇お口の状態チェックリスト◇

チェック項目	観察ポイント 当てはまる項目に□チェックをつけてください
主な訴え	<input type="checkbox"/> ：口の中をきれいにしたい(口腔ケア) <input type="checkbox"/> ：歯や口の中が痛い <input type="checkbox"/> ：入れ歯の具合が悪い <input type="checkbox"/> ：その他( )
お口の中の清掃度	<input type="checkbox"/> ：口臭がある <input type="checkbox"/> ：痛み・腫れ・出血がある <input type="checkbox"/> ：口の中に食べカスがついている <input type="checkbox"/> ：舌に色がついている <input type="checkbox"/> ：口の粘膜に傷がある
かみ合わせ	<input type="checkbox"/> ：歯がないところがあり、そのままになっている <input type="checkbox"/> ：むし歯や歯の残骸がある <input type="checkbox"/> ：痛む歯や動く歯がある
入れ歯	<input type="checkbox"/> ：使いにくい(壊れた・ゆるい・痛い・噛みにくい) <input type="checkbox"/> ：汚れている <input type="checkbox"/> ：入れ歯はあるが使っていない
食事の訴え	<input type="checkbox"/> ：食事中にむせることがある <input type="checkbox"/> ：咳き込むことがある <input type="checkbox"/> ：食べこぼすことがある <input type="checkbox"/> ：口唇がバリバリしている <input type="checkbox"/> ：喉がゴロゴロということがある