

## 小児（0～17才）訪問歯科診療連絡票

ふりがな		性別	男 · 女	
患者氏名		生年月日	年 月 日 ( 才 か月 )	
住 所	神戸市北区	TEL ( )	-	
主たる介護者 (氏名)	(続柄)	TEL ( )	-	
緊急連絡先 (氏名)	(続柄)	TEL ( )	-	
主 呴	・歯が痛い ・歯が欠けた ・歯ぐきが ( 痛い · 肿れている · 出血している ) ・歯がぐらついている ・歯並び噛み合わせ ・歯石 ・その他 ( )	・歯が欠けた ・歯並び噛み合わせ ・歯石 ・口腔ケア希望		
通院できない 理由				
訪問希望曜日・時間帯	・曜日 ( ) · 時間帯 ( 午前 · 午後 · 相談 )			
歯科受診歴	・なし ・あり ( 歯科医院名 : )		最終受診日 : 年 月 頃 )	
主治医	病院・医院名 :	TEL ( )	-	
	担当医師名 :	FAX ( )	-	
既往歴及び 現在かかって いる疾患	・脳性麻痺 ・糖尿病 ・感染症 ( )	・肢体不自由 ・てんかん ) ) · その他 ( )	・心疾患 ・肝疾患 ・その他 ( )	・呼吸器疾患 ・腎疾患 ) )
全身状態等	・気管切開 ・その他 ( )	・人工呼吸器	・喉頭分離	・胃ろう ) )
生活状態	・寝たきり ・寝たり起きたり(15分程度座れる)	) ) · 車椅子等で移動出来る(自力・介助)		
座位保持	・できる ・自分で支えれば可	・(第三者の)支えが必要	・できない	
食 事	・経口摂取 ・経管栄養	・胃ろう ・その他 ( )		
身長・体重	身長 ( ) cm	体重 ( ) kg		
特記事項				

## 上記内容をご記入下さった方

氏 名		続柄または所属事業 所名および職種  (職種名)	
TEL			
FAX			

お願い

- ・ 太枠内は必ずご記入ください。それ以外の部分はわかる範囲で結構です。
- ・ お薬を服用されている場合は、お薬手帳のコピーを添付して下さい。