

FAX 送付先

神戸市北区歯科医師会

078-597-6469

くれぐれも番号をお間違えないようにお願いいたします

取扱い注意

## 訪問歯科診療連絡票

申込日 年 月 日

|                 |   |           |         |    |     |
|-----------------|---|-----------|---------|----|-----|
| ふりがな            |   | 性別        | 男・女     | 年齢 | 歳   |
| 患者氏名            |   | 生年月日      | 大・昭・平・令 | 年  | 月 日 |
| 住所または訪問先        | TEL ( ) -   |           |         |    |     |
| 主たる介護者          | 氏名： (続柄)  | TEL ( ) - |         |    |     |
| 緊急連絡先           | 氏名： (続柄)  | TEL ( ) - |         |    |     |
| 主訴              | ・歯が痛い ・歯が欠けた ・歯ぐきが ( ・痛い ・腫れている ・出血している )<br>・入歯が壊れた ・入歯の具合が悪い ・入歯を新しく作りたい<br>・被せたものや詰めたものが取れた ・口腔ケア希望 ・その他 ( ) |           |         |    |     |
| 通院できない理由        |   |           |         |    |     |
| 医療保険の種類         | ・国民健康保険 ・社会保険 ・後期高齢者 ・難病 ・小児特定 ・被爆者 ・生活保護<br>・その他   |           |         |    |     |
| 訪問希望の曜日・時間      | ・曜日 ( ) ・時間 ( )   |           |         |    |     |
| かかりつけ歯科医        | 歯科医院名：  | 最近受診した日   | 年       | 月  | 日   |
| 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 | ・脳血管障害 ・心疾患 ・高血圧 ・骨折 ・糖尿病 ・肝炎 ・腎不全 (透析)<br>・その他感染症 ( ) ・その他 ( )   |           |         |    |     |
| 要介護度            | 要支援 1 ・ 2      要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5  |           |         |    |     |
| 患者さんの状態         | ・寝たきり ・寝たり起きたり (15分程度座れる) ・車椅子等で移動できる (自力・介助)   |           |         |    |     |
| 座位保持            | ・できる ・自分で支えれば可 ・支えが必要 ・できない   |           |         |    |     |
| 移乗              | ・介助されていない ・見守り等 ・一部介助 ・全介助  |           |         |    |     |
| 移動              | ・介助されていない ・見守り等 ・一部介助 ・全介助  |           |         |    |     |
| 認知症高齢者の日常生活自立度  | 自立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M   |           |         |    |     |
| 特記事項            |   |           |         |    |     |

\*この用紙を記入くださった方 (連絡票に記載された個人情報には目的以外には使用いたしません。)

|     |  |        |  |
|-----|--|--------|--|
| 氏名  |  | 続柄     |  |
| TEL |  | 所属事業所名 |  |
| FAX |  | 職種名    |  |

\*ご注意\*

- ・太枠 (一) で囲った部分は、必ずご記入ください。
- ・細枠 (一) で囲った部分は、わかる範囲でご記入ください。
- ・薬を飲んでいる場合は、お薬手帳のコピーを添付してください。
- ・患者さんの状態によっては、訪問歯科診療の適応ができない場合もあります。

【関係者の皆様へ】 \*個人情報の取り扱いには十分ご注意ください。