

## 【歯科訪問診療の申込書 室川ファミリー歯科】

ご依頼者（家族）		続柄
ご依頼者 （施設・事業所・病院）		施設等の名称
患者様氏名		【性別】 男 女 【生年月日】 大・昭・平 年 月 日
訪問先の住所	〒 - 駐車場 あり なし	
訪問診療についての 電話連絡先		担当者名
主訴 （相談したいお口の症状）	入れ歯の修理・入れ歯作りたい・口腔ケア（汚れ取り） 虫歯の治療・その他〈 〉	
通院困難な事情 病歴		
歯科通院歴（最後の受診）	外来 or 訪問診療	半年以内、1年前、数年前
身体の状況	歩行：全介助・部分介助・自立	意思の疎通：可・不可・困難
保険証	国保・社保本人・社保家族・前期高齢者・後期高齢者・生保	
ケアマネージャー様の お名前	事業所名	電話（ ） 携帯（ ） FAX（ ）

【ご家族の同意】 申込日 年 月 日

室川ファミリー歯科に上記患者様についての歯科診療を依頼します。

氏名 印 続柄

住所（連絡先・請求先）

〒 -

電話番号

# 【既往歴・基礎疾患】

記入日 年 月 日

(氏名)

生年月日 年 月 日

- 肺炎の既往歴
  - あり  なし
- 高血圧
- 心臓病
  - 狭心症
  - 心筋梗塞
  - 不整脈
  - 弁膜症
  - 心不全
  - 心筋症
  - 先天性心疾患
- 糖尿病
- 脳卒中
  - 脳梗塞
  - 脳出血
  - くも膜下出血
  - 麻痺： 右 左 両方
- 認知症
  - アルツハイマー型
  - 脳血管性
  - 前頭側頭型
  - レビー小体型
  - その他
- 甲状腺
  - 甲状腺機能障害
  - 甲状腺機能亢進症
  - 甲状腺腫
- 副腎皮質機能不全
- 腎臓病
  - 急性腎不全
  - 慢性腎不全 (透析)
  - 慢性腎臓病 (CKD)
- 慢性気管支炎

- ぜんそく
- てんかん
- 自立神経失調症
- パーキンソン病
- パーキンソン病症候群
- 脊髄小脳変性症
- 多系統萎縮症
- 筋萎縮性側索硬化症 (ALS)
- がん 部位：
  - 骨粗鬆症
  - BP系製剤服用あり  なし
- 骨折 部位：
  - 変形性関節症
  - 膝関節  股関節  その他
- 脊柱管狭窄症
  - 頸部  胸部  腰部
- 関節リウマチ
- 白内障
- 緑内障
- アレルギー ( )
- 感染症
- 摂食嚥下障害
  - 原因：
- その他

介護度 ( )

障害者手帳 ( ) 級

**室川ファミリー歯科**

電話 938-5115 FAX 938-2494

# 歯と口・口腔機能の治療管理

※お名前と①～③をご記入下さい。

お名前	様	年	月	日
-----	---	---	---	---

## 全身の状態

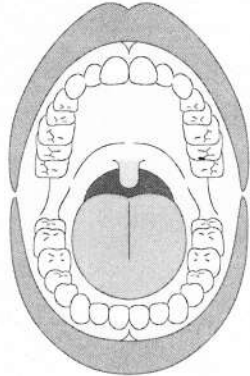
①

治療中の疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (疾患名: _____)
服薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (薬剤名: _____)
肺炎の既往	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 繰り返しあり
低栄養リスク	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 介護食 (常食、軟菜食、刻み食、ミキサー食、流動食、ゼリー等) <input type="checkbox"/> 非経口	

## 歯と口の状態

清掃の状況	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 著しく不良
口腔乾燥	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 重度
むし歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
		治療の緊急性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
歯周疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
・歯肉の炎症 (発赤・出血・腫れ)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
・歯の動揺度	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
		治療の緊急性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
口腔軟組織疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
		治療の緊急性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
義歯の使用状況	上顎 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	下顎 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
噛み合わせの安定	<input type="checkbox"/> あり (片側・両側)		<input type="checkbox"/> なし
義歯製作 (修理等) の必要性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	

特記事項



## 口腔機能の状態

咀嚼機能	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不調	<input type="checkbox"/> 不調
摂食・嚥下機能	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不調	<input type="checkbox"/> 不調
発音機能	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不調	<input type="checkbox"/> 不調
舌・軟口蓋の動き	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不調	<input type="checkbox"/> 不調

## 治療と口腔ケアの難しさ

③

・口腔清掃の状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
・経管栄養	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→胃ろう	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他
・座位保持	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良
・開口保持	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 不可能
・含嗽 (ブクブクうがい)	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 不可能→むせ

## 管理方針・治療方針

ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください

**室川ファミリー歯科**

院長 喜屋武 望

沖縄県沖縄市室川2-1-10 TEL098-938-5115

医療機関名  
(担当歯科医)