歯科訪問診療相談書

薩摩川内市大小路町70番26号　　TEL：22-4021　FAX：22-8114

川内市医師会在宅医療支援センター　行

氏名	男・女　　歳　　生年月日　　年　月　日
訪問先住所(**病院・施設も可**)	TEL:
相談理由	□むし歯がある　・痛みがある　・痛みはない □歯がグラグラする　・歯ぐきから血がでる □歯ぐきがおかしい　・歯ぐきがはれて痛い □つめたもの、かぶせたもの、さし歯がとれた □入れ歯の具合が悪い　・こわれた　・痛い　・噛めない □その他
部　位	右上奥歯 / 上前歯 / 左上奥歯 右下奥歯 / 下前歯 / 左下奥歯
いつごろから	□　　日前から　　□　　ヶ月前から
口腔内状態	□口臭　あり・なし □歯垢　良・普通・不良 □歯石　あり・なし □その他
申込者	□本人　□家族　□その他
食事は 食事様式 食事内容 嚥下反射 嘔吐反射 うがいは 吐き出し	□できる　□できない □自力　□部分介助　□全面介助 □普通食　□軟食　□流動食 □あり　□なし □あり(強・弱)　□なし □できる　□できない □できる　□できない
臥床状況	□寝たきり　(寝たきりになった時期、　年　月) □寝たり起きたり　(座位できる時間　分程度) □移動、動作状況
既往歴および 現在の状態	
服薬状況および注意点	
歯科かかりつけ医 または希望歯科医	
主治医 (有・無)	医療機関名　　主治医名
発信者	年　月　日　TEL:　FAX: 所属　氏名

※保険証コピーを添付のこと