

おいきいき診療連携システム（訪問歯科診療） 申込書

様式1

行

申込日 令和 年 月 日

|              |  |  |  |
|--------------|--|--|--|
| (ご利用者様)      |  | (申込者) <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 家族等 <input type="checkbox"/> ご本人ご家族等以外 |  |
| ふりがな         |  | ふりがな   |  |
| 氏名           |  | 氏名   |  |
| 性別           | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 年齢 歳 | 受診者との関係  | <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 職員等 |
| 訪問先住所又は施設等名称 |  | 所属等  | <input type="checkbox"/> 左同じ   |
| 電話番号(携帯可)    |  | 電話番号(携帯可)  |  |
| Fax番号        |  | Fax番号  |  |

該当する物にを付けて下さい

|                |   |  |   |                            |                            |  |                  |
|----------------|---|--|---|----------------------------|----------------------------|--|------------------|
| 主な申し込み内容       | <input type="checkbox"/> 痛み( <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 不具合( <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> その他 |  |   |                            |                            |  |                  |
|                | 具体的内容   |  |   |                            |                            |  |                  |
| 訪問歯科診療希望状況     | かかりつけ(希望) 歯科医院  | <input type="checkbox"/> 有( 歯科医院名: ) <input type="checkbox"/> 無  |   |                            |                            |  |                  |
|                | 訪問歯科診療について主治医の承諾  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |   |                            |                            |  |                  |
|                | 日程調整担当者(キーパーソン) 氏名・連絡先等   | <input type="checkbox"/> 上記申込者と同じ  |   |                            |                            |  |                  |
|                | 氏名(続柄): ( ) 施設名: ( )<br>電話(携帯可) ( ) Fax番号 ( )   |  |   |                            |                            |  |                  |
| 状況等            | 歯科以外の受診   | <input type="checkbox"/> 有 [ <input type="checkbox"/> 通院: 回/月 ・ <input type="checkbox"/> 往診 ] <input type="checkbox"/> 無   |   |                            |                            |  |                  |
|                | 主な介護者   | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> その他( )  |   |                            |                            |  |                  |
|                | 寝たきりの程度   | <input type="checkbox"/> 寝たきりであり、日常生活のほとんど介助を要する<br><input type="checkbox"/> 日中はベッド上で過ごすが、座位保持は可能<br><input type="checkbox"/> 屋内での生活はほぼ自立しているが、介助なしでは外出できない  |   |                            |                            |  |                  |
|                | 要支援・要介護度  | <input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2 <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護3 <input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護5 <input type="checkbox"/> 自立 |   |                            |                            |  |                  |
|                | 障害高齢者日常生活自立度  | <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 自立        |   |                            |                            |  |                  |
|                | 認知症高齢者日常生活自立度   | <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 自立    |   |                            |                            |  |                  |
| 主病名            | により通院困難 感染症 <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無  |  |   |                            |                            |  |                  |
| その他既往症         |   |  |   |                            |                            | 出血傾向 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                  |
| 服薬内容           | ※お薬手帳コピー添付でも可 <input type="checkbox"/> 降圧剤 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬等 <input type="checkbox"/> ビスフォスフォネート製剤等 <input type="checkbox"/> その他( )   |  |   |                            |                            |  |                  |
| アレルギー          | <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無  |  | 肺炎既往 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |                            |                            |  |                  |
| 病医院・主治医        | 病医院名  | 主治医名   |   | 電話番号                       |                            |  |                  |
| かかりつけ薬局        | 薬局名   | 電話番号   |   | Fax番号                      |                            |  |                  |
| 意識障害           | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |  | 意思疎通 <input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない  |                            |                            |  |                  |
| 口腔状況           | 入れ歯( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 自分の歯( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)  |  | 麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 無 |                            |                            |  |                  |
| 口腔清掃           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 介助者( )   |  | うがい <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 水を含む程度 <input type="checkbox"/> できない  |                            |                            |  |                  |
| 食事摂取           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他 )                         |  |   |                            |                            |  |                  |
| 食形態            | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し軟らか <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> すりつぶし <input type="checkbox"/> 流動 <input type="checkbox"/> その他( )  |  |   |                            |                            |  |                  |
| 嚥下(飲込み)        | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> よくむせる <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> めったにない   |  |   |                            |                            |  |                  |
| 診療時に予想される行動    | <input type="checkbox"/> 指示が理解できない <input type="checkbox"/> 診療に非協力的(口を開けないなど) <input type="checkbox"/> 急に動く <input type="checkbox"/> その他( )   |  |   |                            |                            |  |                  |
| 駐車場            | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 近くにあり <input type="checkbox"/> その他( ) )  |  |   |                            |                            |  |                  |
| その他連絡事項        | 緊急性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |  |   |                            |                            |  |                  |
| 在宅サービス(必要に応じて) | 月曜日   | 火曜日  | 水曜日   | 木曜日                        | 金曜日                        | 土曜日  | 日曜日              |
|                | 時.....<br>時.....  | 時.....<br>時.....   | 時.....<br>時.....  | 時.....<br>時.....           | 時.....<br>時.....           | 時.....<br>時.....   | 時.....<br>時..... |
| 訪問診療希望日        | <input type="checkbox"/> 月  | <input type="checkbox"/> 火   | <input type="checkbox"/> 水  | <input type="checkbox"/> 木 | <input type="checkbox"/> 金 | <input type="checkbox"/> 土                                 |                  |

\* 訪問日時等は、早々に調整いたします。

受付日: 令和 年 月 日 受付者( )