

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

在宅医療支援センター 行

申込日 令和 4 年 7 月 11 日

(ご利用者様)		(申込者) <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 家族等 <input checked="" type="checkbox"/> ご本人ご家族等以外	
ふりがな	かごしま たろう	ふりがな	しか はなこ
氏名	鹿児島 太郎	氏名	歯科 花子
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性 年齢 86 歳	受診者との関係	<input checked="" 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	薩摩川内市大小路町△△	所属等	<input type="checkbox"/> 左同じ <input checked="" type="checkbox"/> 〇〇居宅介護支援事業所
電話番号(携帯可)	0996-22-〇〇〇〇	電話番号(携帯可)	0996-23-〇〇〇〇
Fax番号	0996-22-□□□□	Fax番号	0996-23-□□□□

該当する物にを付けて下さい

主な申し込み内容	<input checked="" type="checkbox"/> 痛み(<input checked="" type="checkbox"/> 歯 <input checked="" type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> その他) <input checked="" type="checkbox"/> 腫れ <input checked="" 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	義歯が当たり、歯ぐきに痛みがある。					
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 checked="" type="checkbox"/> 無				
	訪問歯科診療について主治医の承諾	<input checked="" 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					
状況等	氏名 (続柄):	川内 次郎 (長男)	施設名:				
	電話 (携帯可)	(090-〇〇〇〇-△△△△)	Fax番号 ()				
	歯科以外の受診	<input checked="" type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> 通院: 回/月 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 往診]	<input type="checkbox"/> 無				
	主な介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 日中はベッド上で過ごす、座位保持は可能 <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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	脳梗塞後遺症 により通院困難 感染症 <input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> 無						
その他既往症	高脂血症、高血圧、誤嚥性肺炎		出血傾向 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
服薬内容	※お薬手帳に添付でも可 <input checked="" type="checkbox"/> 降圧剤 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 (アルコール綿)	<input type="checkbox"/> 無	肺炎既往 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
病医院・主治医	病医院名	〇〇医院	主治医名	△△先生	電話番号	0996-〇〇-〇〇〇〇	
かかりつけ薬局	薬局名	△△薬局	電話番号	0996-△△-△△△△	Fax番号	0996-〇〇-〇〇〇〇	
意識障害	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	意思疎通	<input type="checkbox"/> 通じる <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	自分の歯 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 全介助	介助者 (長男)	うがい	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 急に動く <input type="checkbox"/> その他 ()						
駐車場	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 痛みがあるため、おかずを少し刻んで提供しています。難聴のため、大きな声で会話をお願いします。						
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
	10時 通所 時 16時 帰宅	15時 ヘルパー 時	10時 通所 時	時 時	10時 ショート 時	時 ショート 時	時 時
訪問診療希望日	<input type="checkbox"/> 月	<input checked="" type="checkbox"/> 火 AM	<input type="checkbox"/> 水	<input checked="" type="checkbox"/> 木 AM/PM	<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 ()