

FAX 歯科に関する相談票(かかりつけ歯科医院用)

歯科医院

先生

お世話になります。以下の患者様につきまして、ご助言をいただきたくご連絡させていただきます。
内容をご確認いただき、ご返信よろしくお願いたします。

		送信日		年		月		日		
患者基本情報	氏名			生年月日		年		月		
	ふりがな			年齢		歳	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
	現在の所在	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 入所	<input type="checkbox"/> 入院	最終歯科受診	年前		ヶ月前	<input type="checkbox"/> わからない	
	居住地域	<input type="checkbox"/> 旧川内	<input type="checkbox"/> 樋脇	<input type="checkbox"/> 東郷	<input type="checkbox"/> 入来	<input type="checkbox"/> 祁答院	<input type="checkbox"/> その他()			
	現病歴					主治医				
	既往歴									
	薬剤情報									
	薬剤情報書	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			出血傾向	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	介護度	<input type="checkbox"/> 非該当	<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	
	栄養	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> とろみ	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃瘻				
受診可否	<input type="checkbox"/> 通院可	<input type="checkbox"/> 訪問希望		<input type="checkbox"/> 相談のみ	<input type="checkbox"/> 拒否あり					
【キーパーソン情報(訪問調整や緊急時などの連絡先)】										
	氏名				続柄:	()				
	連絡先	自宅:			携帯:					
【相談内容】										
<input type="checkbox"/>	どこかわからないが痛みがあるようだ				<input type="checkbox"/>	詰め物や被せ物が取れている				
<input type="checkbox"/>	歯がぐらぐらしている				<input type="checkbox"/>	現在の治療について知りたい				
<input type="checkbox"/>	口の中に炎症(腫れや出血)があるようだ				<input type="checkbox"/>	今後の治療の予定や見立てを知りたい				
<input type="checkbox"/>	歯が抜けていないところがある				<input type="checkbox"/>	今後予測される経過を知りたい				
<input type="checkbox"/>	噛めない、噛みづらいようだ				<input type="checkbox"/>	在宅でできることを教えて欲しい				
<input type="checkbox"/>	入れ歯が合わないようだ				<input type="checkbox"/>	誤嚥性肺炎を繰り返している				
<input type="checkbox"/>	入れ歯を作りたいと言っている				<input type="checkbox"/>	食事がとれず体重減少がみられる				
<input type="checkbox"/>	その他()									
補足(相談したい内容や目的など)					目的					
					<input type="checkbox"/>	ケアプラン作成(変更含む)のため				
					<input type="checkbox"/>	在宅でできる日常的な支援方法を知りたい				
					<input type="checkbox"/>	今後の対応方法を知りたい				
					<input type="checkbox"/>	その他()				
相談者情報	氏名				職種					
	所属									
	連絡先	<input type="checkbox"/> TEL			<input type="checkbox"/> 携帯					
		<input type="checkbox"/> FAX			<input type="checkbox"/> E-mail					
	電話対応可		日		曜日		時頃			

かかりつけ歯科医院のない方や訪問診療をご希望の場合は、在宅医療支援センターまでご連絡ください。
 川内市医師会在宅医療支援センター TEL:0996-22-4021
 担当:川原(歯科衛生士) FAX:0996-22-8114