

訪問歯科診療 申込書兼調査票 (様式2-1)

申込日 : 令和 年 月 日

No, _____

受付担当者:

フリガナ 申込者氏名			患者との続柄		
フリガナ 患者氏名			M・T・S	年 月 日生 () 歳	
患者住所 施設名	(自宅) ※訪問時駐車場 (有・無)		TEL		
	(病院・施設)		TEL		
訪問先	在宅・病院・施設・他	施設名		担当者 (役職)	
保険の種類	国・社・後期高・生	身障者手帳	有 (種 級)・無		
要介護認定	自立・要支援・要介護 ()				
現病歴					
既往歴					
歯科的主訴	緊急性 (有・無)				
現在の身体状況	寝たきり・車イス・つえ歩行・長時間の歩行不可・自立歩行				
身長・体重	cm	kg	BMI	血圧・脈拍	/ mmHg 回/分
体重の増減	なし・ある ()				
放射線照射	ある・ない		気管切開	ある・ない	
日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
意識障害	ある JCS ()・ない		言語障害	ある・ない	
視覚障害	ある (右・左)・ない		聴覚障害	ある (右・左)・ない	
麻痺	ある (右・左)・ない				
認知症	ある・ない (ランク: I IIa IIb IIIa IIIb IV M)				
口腔保清	全介助・一部介助・自立・不明				
食事摂食	全介助・一部介助・見守り必要 (指示含む)			自立	食事時間 分
嚥下	できない・見守りが必要・できる・不明			1回の食事を食べれる・食べきれない	
摂取形態	普通・少し軟らか・きざみ程度・すり潰し状 流動・胃瘻 (PEG)・OE法・NG法・DIV・IVH			総カロリー /日	
現在の常用薬					
薬物アレルギー等					
特記すべき感染症					
自宅の道路状況	① 自宅前まで車が: 入る・入らない ② 自宅前に駐車: できる・できない ③ 駐車場が近くに: ある・ない				
連絡事項					