大館市情報共有ツール　様式⑤

在宅歯科診療申込書

※１ 該当する□に☑を付けてください

※２ 該当する項目を○で囲んでください　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(個人・事業所共通)

|  |  |
| --- | --- |
| 申込年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| （フリガナ）受診者ご氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　（　男・女　） |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　歳） |
| 訪問先ご住所電話番号 | 電話番号　（　　　　－　　　－　　 　 ） |
| お困りの内容　　 |  [ ]  歯科健康診査 [ ]  歯が痛い 　　　　　　　　　  [ ]  歯がしみる（冷たいもの・熱いもの） [ ]  かぶせたものが取れた [ ]  口の中が汚れている　　 　　 [ ]  口の中がにおう気がする（口臭） [ ]  歯ぐきから出血している[ ]  入れ歯が痛くて食べられない [ ]  入れ歯をつくりたい  [ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |
| 希望する歯科医院 | [ ]  有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　[ ]  無 |
| 現在治療中の病気医療機関名 | 医療機関名　　病名　　　　　　 |
| 日常動作の状況※２ | 自力歩行可能・介助により歩行可能・車いすに乗れる・介助により起床可能であるが寝たきりに準ずる状態・常時寝たきり・その他（　　　　　　　　　　　） |
| 介護認定度　※２ | 要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５・その他（　　　　） |
| 意思の伝達　 | [ ]  十分可能　[ ]  少し可能　　[ ]  困難　　　　　　 |
| 歯みがき　　 | [ ]  自立　　　[ ]  一部介助　　[ ]  全介助　　[ ]  行わない　 |
| うがい　　　 | [ ]  自立　　　[ ]  一部介助　　[ ]  全介助　　[ ]  行わない |
| 認知症　　 | [ ]  有　　　　[ ]  無 |
| 希望する日程訪問を希望する曜日や時間帯をご記入ください | 　　　　　　　　　　　　 |
| 日中の介護者 | [ ]  家族（　）　[ ]  ヘルパー　 [ ]  日中１人　[ ]  その他（　） |

**依頼者（ご連絡された方）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  事業所 | 事業所名 | 職種 |  |
| 担当者名 |  |
| [ ]  個人 | （フリガナ）　氏名　　　 | 受診者との続柄 |  |
| 依頼者ご住所 |  |
| 依頼者ご連絡先 | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 連絡方法（確認用） | [ ]  TEL（連絡可能日時　　　　　　　　）　[ ]  FAX |

**秋田県歯科医師会在宅歯科医療連携室行きFAX 018－862－9122**