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 | 年　　　月　　　日 |
| （フリガナ）  受診者ご氏名 | （　男・女　） |
| 生年月日 | 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**