

## 金沢区三師会在宅医療相談室 【歯科】訪問診療申込書

(フリガナ)

申込者： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

患者さんとの関係： \_\_\_\_\_

(フリガナ) 患者氏名： _____		男 ・ 女
生年月日： 明・大・昭・平	年	月 日 (満 歳)
住所： 〒 横浜市金沢区 駐車場 有 ・ 無		
電話番号： _____	F A X 番号： _____	
同居者： いる ( ) ・ いない 主たる介護者氏名： _____		

**【Ⅰ】 申し込み理由 (番号に○をつけて下さい、複数回答も可)**

1. 痛みがある 2. 腫れている 3. ものが良く噛めない 4. 入れ歯が合わない  
 5. 入れ歯がこわれた 6. ものが良く飲み込めない  
 7. その他 ( )

症状はいつ頃からですか？ ( ) 頃から)

**【Ⅱ】 患者さんについての医療・看護連携情報**

<以下、担当者、担当医がおりましたら、ご記入下さい>

◆ケアマネージャー

事業所名 \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

◆地域包括支援センター

事業所名 \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

◆訪問看護ステーション

事業所名 \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

◆かかりつけ歯科医院 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

◆かかりつけ医院 (医科) \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

**【Ⅲ】患者さんについての介護基本情報** <以下、該当項目に○を付けて下さい>

○日常生活自立度： 障害老人 自立 J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2  
認知症老人 正常 I・II・III・IV・M

○要介護度： 自立 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）  
特定高齢者（該当・非該当）

○食物形態 1.常食 2.軟化食 3.きざみ 4.ペースト（流動） 5.経管  
6.その他（ ）

**【Ⅳ】患者さんについての医療詳細情報** <以下、該当項目をご記入下さい>

○全身疾患 1.脳血管障害 ▶麻痺の部位 ・上肢：右・左・両  
・下肢：右・左・両  
・口腔：口唇・舌・咽頭（嚥下機能）  
2. 血圧（ / ）  
3. 慢性関節リウマチ  
4. 糖尿病（血糖値 \_\_\_\_\_mg/dL H b A 1 c \_\_\_\_\_）  
5. パーキンソン病（ヤールの重症度分類 I・II・III・IV・V）  
6. 心臓疾患（狭心症・心筋梗塞・不整脈・その他 \_\_\_\_\_）  
7. その他（ ）

○服薬情報 ▶抗凝固剤（使用・不使用）：薬剤名 \_\_\_\_\_  
▶その他の服薬剤 \_\_\_\_\_

○特定高齢者判定項目 <以下、該当項目に○を付けて下さい>

- (1) 6ヶ月で2～3Kg以上の体重減少あり BMI値が18.5未満
- (2) 血清アルブミン値が3.8g/dL以下
- (3) ア：半年前に比べて固い物が食べにくくなったと感じている  
イ：お茶や汁物等でむせることがある  
ウ：口の渇きが気になる
- (4) 視診による口腔内の衛生状態に問題を確認
- (5) 反復唾液嚥下テスト（RSST）が3回未満

○その他特記事項