

歯科医院記録用

訪問歯科診療・相談聞き取り票

平成      年      月      日

居宅介護支援事業所

所在地

電話/FAX

介護支援専門員名

患者氏名	性別（男・女）
生年月日	明治・大正・昭和      年      月      日      歳
住所	市
患者電話番号	
介護度	要支援 1・2      要介護 1・2・3・4・5
主介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他(      )
かかりつけ歯科医院	有・無      歯科医院名；
認知症・日常生活の状況	認知症の有無    有・無
主な病名	
病歴(簡単に)	
医科主治医	病院名      主治医名
通院困難な理由	高齢・歩行困難・寝たきり・その他
歯科における主訴	歯； 痛い、虫歯、しみる、詰め物脱離、動揺、 _____ 歯肉； 痛い、腫れた、出血、排膿、違和感、 _____ 入れ歯； 不適合(痛い)、破損、新製希望、 _____ 清掃； 歯石除去希望、歯磨き指導希望、 _____ 相談； 内容(      ) その他；
アポイント	訪問希望日、時間帯
駐車場の有無	有・無
その他 特記事項	