

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
かかりつけ歯科医院	ある ・ なし 歯科医院名：
認知症・日常生活の状況	認知症の有無 ある ・ なし
主な病名	
病歴(簡単に)	
医科主治医	病院・医院名 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・むし歯・しみる・詰め物の脱離・動揺 _____ 歯肉 ： 痛い・腫れる・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 _____ 嚥下 ： むせる・飲み込みが悪い 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	ある ・ なし
その他特記事項	