歯科医院記録用

訪問歯科診療・相談聞き取り票

在宅歯科医療連携室

(一社)草津栗東守山野洲歯科医師会

(一社)滋賀県歯科医師会

滋賀県

TEL 077-581-3355 FAX 077-581-3370

E-mail：kurimoyarenkeisitu@gmail.com

令和　　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	