

# 在宅歯科診療・相談連絡表

様式1

令和 年 月 日

**在宅歯科医療連携室**  
 一社) 草津栗東守山野洲歯科医師会  
 TEL 077-581-3355  
**FAX 077-581-3370**  
 E-mail: kurimoyarenkeisitu@gmail.com

居宅介護支援事業所  
 所在地  
 電話/FAX  
 介護支援専門員名

※部は個人情報保護のため、介護支援専門員に電話で確認してください。 **ご不明な点があればお問い合わせください**

|                       |  |                    |
|-----------------------|--|--------------------|
| 患者氏名 (イニシャル)          | ・ ( )  | 性別 (男・女) ※氏名は電話で確認 |
| 生年月日                  | 大正・昭和・平成 年 月 日 歳   |                    |
| 住所                    |  | ※番地等は電話で確認         |
| 患者電話番号                | — —  | ※患者電話番号は電話で確認      |
| 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"/> 独居 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                 |                    |
| かかりつけ歯科医院             | ある・なし 歯科医院名: ( )   | 訪問希望: ある・なし        |
| 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 (緊急性: ある・なし) | 歯 ; 痛い、虫歯、しみる、詰め物脱離、動揺、 _____<br>歯肉 ; 痛い、腫れる、出血、排膿、違和感、 _____<br>入れ歯 ; 不適合 (痛い)、破損、新製希望、 _____<br>清掃 ; 歯石除去希望、歯磨き指導希望、 _____<br>嚥下 ; むせる、飲み込みが悪い、 _____<br>症状 ; ( )<br>その他 ; ( ) |                    |
| アポイント                 | 訪問希望日・時間帯① / ~ ② / ~ ③ / ~<br>訪問時の同席者: ( )   |                    |
| 駐車場の有無                | ある・なし (ある場合具体的に )  |                    |
| その他 特記事項              |  |                    |