

# 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: krmyshika@eos.ocn.ne.jp

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: ( )	
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、 _____ 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、歯磨き指導希望、 _____ 嚥下 ; むせる、飲み込みが悪い、 _____ 症状 ; ( ) その他 ; ( )	
アポイント	訪問希望日・時間帯① / ~ ② / ~ ③ / ~ 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		