



訪問歯科診療相談シート

カルテNo.

記入日: 令和 年 月 日 (対応者)

【本人情報】

ふりがな 名前	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭 平・令	年 月 日 (歳)			
住所 (施設名)	〒 部屋番号 ()			駐車場 ()			
電話番号	自宅	医療負担割合	1・2・3	公費			
	携帯	介護負担割合	1・2・3	要介護度 支1・支2・介1・介2 介3・介4・介5 ()			
既往歴 現病歴	認知症・脳梗塞後遺症・骨粗鬆症・パーキンソン病・高齢による筋力低下・足腰が不自由・高血圧・虚血性心疾患 ・不整脈・心不全・脳血管・糖尿病・喘息・慢性気管・甲状腺機能障害・甲状腺機能こう進・てんかん・慢性腎臓病 その他 ()						
感染症	なし・HBs・HCV・梅毒・MRSA・その他 ()						
内科主治医	病院名 () 医師名 ()						
意思疎通	0.不可能 1.呼びかけに反応可 2.従命可だが意味を理解できない 3.スローだが従命可 4.問題なし						
食事形態	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嘔下調整食 (<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j>) <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養						
誤嚥性肺炎の 発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり (発症日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし						
訪問可能 曜日に ○×を ご記入 下さい	日	月	火	水	木	金	土
AM							
PM							

【周辺情報】

ご依頼者	本人・親族・ケアマネ・施設スタッフ その他 ()				
キーパーソン	ふりがな 名前	続柄	同居・別居		
電話番号	自宅	携帯			
住所					

【ケアマネジャー情報】

ふりがな 名前	TEL	
事業所名	FAX	

今回はどうされましたか？

1) 歯が痛い	2) グラグラ	3) 歯ぐきが腫れた・痛い	4) つめもの・かぶせものが取れた
5) 口の中にできものがある	6) 入れ歯の調子が悪い	7) 入れ歯を作りたい	8) 歯が抜けた
9) 口腔ケアをして欲しい	10) その他 ()		
(メモ欄)			

何で知りましたか？

HP・口コミ・院内パンフレット・スタッフから・ポスターを見て・他患者もさくら会に依頼しているため

広告物 ()

その他 ()

TEL:0120-025-396 FAX:0568-41-9988

2025.03現在