

御中

申込日 年 月 日

(医院名がわからない時は「中京口腔サポートセンター」とお書きください)

氏名	(フリガナ)		性別	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和					
			男・女		年 月 日	(歳)				
住所	(〒 —)		☎	— —						
キーパーソン (緊急連絡先等)	(続柄)		☎	— —		(同居・別居)				
保険	医療	後期高齢者 国保 社保 生活保護 他()	負担割合	割						
	療	公費	重障老人	有・無	特記事項					
情報	介護	担当CM	事業所名	☎	— —					
	割(要支援・要介護)	期間	年 月 日	~	年 月 日					
主訴 もしくは 依頼理由	・入れ歯の調整希望(合わない・痛い) ・入れ歯がこわれた ・入れ歯を作りたい → 古い入れ歯は(有 無) ・歯が痛い ・歯ぐきが痛い、腫れている ・歯がぬけた ・口腔ケア希望 ・その他(具体的に:)									
通院困難 の理由	・脳血管障害 ・認知症 ・骨折(部位:) ・悪性腫瘍() ・変形症(腰椎 股関節 膝関節) ・パーキンソン ・心疾患 ・その他(具体的に:)									
身体状況等	・座位: 不可・可(分程度) ・移動: 自立 一部介助 全介助 ・麻痺: 無 上肢(右 左) 下肢(右 左) ・意思疎通: 良好 やや難 困難 ・その他(具体的に:)									
障害高齢者の日常生活自立度		J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
認知症高齢者の日常生活自立度		I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	HDS-R	点(実施日)
感染症		無	有	(Hb Hcv ワ氏 HIV MRSA)	アレルギー	無	有	()		
主治医		(通院 往診)			☎	— —				
主治医		(通院 往診)			☎	— —				
院外処方薬局					☎	— —				
訪問看護ステーション					☎	— —				
口腔 の 状 態	歯磨き	介助無(可 不完全 不可) 介助有(可 不完全 不可) 他:								
	ぶくぶくうがい	できる 水は口に含める 口に水を含めない								
	飲水	飲める トロミをつけて飲む 吸い飲みなど使用で飲む 飲めない								
	経口摂取	できる 見守りで可 一部介助 全介助 できない(経鼻 胃瘻)								
その他										
訪問不可能な曜日・時間など		日 月 火 水 木 金 土 時間帯等()								
その他特記事項										
申込者	事業所名等				☎	— —				
	記入者名				FAX	— —				
					(職種:					

京都市中京歯科医師会・中京口腔サポートセンター(2021.4.)

- (お願い)
- 主治医の先生、担当ケアマネジャー様、もしくは訪問看護師様など専門職の方からお申し込みください。
 - (ケアマネジャーの方からの申し込みの場合)週間サービス計画表を添付してください。
 - 主治医の先生から特に指示等がある場合は必ず事前にお伝えください。
 - 投与中の薬剤などがある場合は薬剤情報提供書かお薬手帳を初回訪問時にご用意ください。
 - この記載内容(個人情報)は訪問歯科診療及び訪問口腔衛生指導以外での使用は致しませんが、個人が特定できない範囲で京都市中京歯科医師会の事業の企画立案等の資料にすることがあります。