

申込者	住所		TEL		
	氏名				
受付年月日	令和	年	月	日	
訪問先	★連絡先				
	フリガナ				
	氏名	受診者との関係など/			
		(男 ・ 女)			
	生年月日	(明 ・ 大 ・ 昭)	年	月	日(歳)
	住所	自宅 ・ 施設 ・ 病院 ・ その他()		駐車スペース	有 ・ 無
	介護保険認定	申請中		要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
保険の種類	1. 国保 2. 社保 3. その他 (生保等)		後期高齢者 有 ・ 無		
申し込み理由 (主訴)	1) 歯が痛い 2) 歯ぐきがはれている 3) 出血している 4) 入れ歯が壊れた・合わない・痛い・新しくしたい 5) 口臭がある 6) 口腔清掃ができない 7) その他 *いつから 月 日				
訪問希望日時					
かかりつけ歯科医院の有無	有 ・ 無		医院名		
TEL	() -				
病気の経歴	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧		<input type="checkbox"/> がん() <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> その他		
全身状態	感染症の有無	1) 有 () 2) 無			
	常用薬の有無	1) 有 () 2) 無			
	仰臥状況	1) 寝たきり 2) 準寝たきり 3) その他			
	移動状況	1) 全介助 2) 一部介助 3) 自立			
	意思の疎通	可 ・ 不可			
	座位保持	1) 可能 2) 短時間可能 ()分 3) 不可			
口腔状態	食事様式	(自力 ・ 部分介助 ・ 全介助)		うがい (可 ・ 否)	
	食事形態	1) 普通食 2) きざみ 3) とろみ 4) ペースト 5) 胃ろう			
訪問状況	無 ・ 有	(医師 ・ 看護師 ・ 保健師 ・ ヘルパー ・ ケアマネージャー) その他 ()			
介護者	名前		TEL		
	続柄	1) 本人 2) 家族 3) 介護・病院関係者 4) その他()			
主治医	医院名	主治医名	TEL		
ケアマネージャー	氏名	所属先	TEL		