

歯科受診・訪問歯科診療受診連絡票

歯科受診をしたいまたは訪問歯科診療について相談したいが何を伝えてよいか分からない等心配な場合は、下記の連絡票の項目を参考にお電話してみてください。

※必要な場合はFAXで送信してください。

歯科受診・訪問歯科受診連絡票		年 月 日
記入者： _____ (本人・家族・その他： _____)		
受診する方のお名前		生年月日 西暦 年 月 日 (歳)
住所	〒 _____	TEL (_____)
緊急連絡先	お名前 _____	TEL (_____)
通院の可否	・通院が可能 ・通院が困難 (訪問歯科診療を希望する)	
介護度	・要支援 (1・2) ・要介護 (1・2・3・4・5)	
障害者手帳区分	・無 ・有 (身障・療育・精神)	
認知症の有無	・無 ・有	
ケアマネジャーの有無	・無 ・有 有の場合→ { 所属： _____ 氏名： _____ TEL： _____ }	
日常生活の状況	・生活自立度 (ほぼ自立・介助により外出・ベット上生活が主体で座位可能・寝たきり) ・意思疎通 (全く支障なし・おおむね支障なし・やや困難・困難)	
コミュニケーションの取り方	・特別なことは必要ない ・イラスト (絵) ・手話 ・筆談 ・ジェスチャー ・その他 (_____)	
希望する治療	・むし歯の治療 ・歯ぐきの治療 ・歯石をとってほしい ・入れ歯の治療 ・お口に中をきれいに掃除してほしい ・歯科健診を受けたい ・フッ素を塗ってほしい ・摂食・嚥下に関する相談 ・その他 (_____)	
	【具体的な症状等】	
基礎疾患等 (訪問歯科診療を希望する場合は通院が困難な理由)	(例) ダウン症候群、脳梗塞、糖尿病、高血圧 等	
内科等の主治医	病院名： _____ (TEL： _____) (担当医： _____)	
現在飲んでいる薬の名前	・無 ・有 (_____)	
これまでの歯科治療の経験	・無 ・有 (地域の歯科医院・病院歯科・その他： _____)	
受診時の付き添い	・本人1人で受診 ・家族 ・ヘルパー ・その他 (_____)	
受診にあたっての希望 (患者本人への対応について)	(例) 大きな声で話かけると不安が強くなるのでソフトな声で	
その他特記事項	(例) 希望の曜日や時間帯 等	