

寝たきり者等歯科訪問調査 申込書

申込日 年 月 日 ( )

申込日と枠内を記入してください

ふりがな 希望者氏名	様	男・女	生年 月日	M・S・T ・H 年 月 日 ( 歳)
住所	三島市			電話番号
申込者氏名				希望者 との関係
受診理由 ※該当する項目に○をつけてください	1 歯 { 痛い・グラつく・噛めない・その他( ) } 2 歯肉 { 痛い・腫れてる・血が出る・その他( ) } 3 入れ歯 { 痛い・合わない・壊れた・作りたい・その他( ) } 4 その他 ( )			
認定情報等	要介護度	要介護 2・3・4・5	障害等等級	身障( ) 療育( ) 精神( ) その他( )
施設入所の有無等	施設入所中 在宅 入院中 その他( )			
施設担当者・ケアマネ等	所属連絡先 名前			
医療機関について	医科 主治医			
	歯科 主治医	有 ・ 無 ( 歯科医院)		
自宅以外(施設等)の訪問について	どこに訪問			駐車場 有無
	連絡は誰に	様 電話番号		有・無
連絡事項				

※歯科医師記入欄

調査日	令和 年 月 日 ( )	調査歯科医師		
日常生活 自立度	障害高齢者日常生活自立度	A2・B1・B2・C1・C2・その他( )		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ		
口腔の状態	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8		残存歯数 ( )本 口腔衛生状態 { 良・概良・不良 }	
治療の必要性	有 無	□ 歯周治療 □ う蝕治療 □ 補綴処置 □ その他( )	治療の 緊急性	高・中・低
口腔清掃の 自立度	歯磨き・・・□ 自分で可 □ 困難 □ 不可 うがい・・・□ 自分で可 □ 困難 □ 不可			