

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 · 噫めない · その他()} 2 歯肉 { 痛い · 肿れてる · 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 () 齢科医院)				
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				
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 · M																																		
口腔の状態	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>			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
	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																					
				口腔衛生状態 { 良 · 概良 · 不良 }																																
治療の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> う蝕治療 <input checked="" type="checkbox"/> 補綴処置 <input type="checkbox"/> 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																																			