

訪問歯科診療申込書

施設名			申込日	令和	年	月	日
フリガナ		性別	年齢	生年月日			
入所者様ご氏名		男・女		T・S	年	月	日
ご住所	〒						
保険の種類	<input type="checkbox"/> 後期高齢		<input type="checkbox"/> 生活保護		<input type="checkbox"/> その他()		
原爆手帳	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無				
意識障害	<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ない				
麻痺	<input type="checkbox"/> ある(左・右)		<input type="checkbox"/> ない				
視力障害	<input type="checkbox"/> ある(左・右)		<input type="checkbox"/> ない				
聴力障害	<input type="checkbox"/> ある(左・右)		<input type="checkbox"/> ない				
言語障害	<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ない				
認知症	<input type="checkbox"/> ある(ランク)		<input type="checkbox"/> ない				
移動・動作状況	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 部分介助		<input type="checkbox"/> 全面介助		
座位	<input type="checkbox"/> 出来る		<input type="checkbox"/> 支えがあれば可能		<input type="checkbox"/> 出来ない		
意思疎通	<input type="checkbox"/> 完全に応じる		<input type="checkbox"/> ある程度通じる		<input type="checkbox"/> 殆ど通じない		
嚥下	<input type="checkbox"/> 出来る		<input type="checkbox"/> 見守りが必要(指示を含む)		<input type="checkbox"/> 出来ない		
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 見守りが必要(指示を含む)		<input type="checkbox"/> 一部介助が必要		<input type="checkbox"/> 全介助が必要
摂食形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> その他()						
義歯装着	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		⇒		⓪(使用・未使用)		⓫(使用・未使用)
口腔清掃	<input type="checkbox"/> 毎日		<input type="checkbox"/> 時々		<input type="checkbox"/> していない		
	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助が必要		<input type="checkbox"/> 全介助が必要		
うがい	<input type="checkbox"/> 出来る		<input type="checkbox"/> 出来ない				
その他連絡事項等							