

# 訪問歯科検診依頼書

医療法人社団 千歯会  
□ 大網歯科医院  
TEL 0475-73-6480 FAX 0475-53-6982  
□ 片貝デンタルクリニック  
TEL 0475-76-8201 FAX 0475-71-3472  
□ おゆみ野総合歯科クリニック  
TEL 043-300-3600 FAX 043-300-3700

受診者名 \_\_\_\_\_ 明・大・昭・平  
男・女 生年月日 年 月 日生

ご住所 □ 施設 入所施設名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

□ 在宅 住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

ご家族連絡先 氏名 \_\_\_\_\_ 受診者との続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

依頼内容 □ 入れ歯の調子が悪い □ □臭が気になる  
□ 歯または歯茎が痛い □ その他 ( \_\_\_\_\_ )

患者さんの状態をお知らせください

要介護状態区分 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

□ 障害者手帳あり □ 特定疾患医療受給者証あり

全身疾患

- ・肝臓病 (B型・C型・ \_\_\_\_\_ ) ・ MRSA ( \_\_\_\_\_ ) ・ リウマチ ・ 結核
- ・糖尿病 ・ 腎臓病 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 高血圧 ・ 甲状腺疾患 ・ 胃潰瘍 ・ 骨折 ( \_\_\_\_\_ )
- ・心臓病 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 脳障害 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 癌 (部位 \_\_\_\_\_ )
- ・アルツハイマー症 ・ 認知症 ・ パーキンソン病 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

意思疎通 ・ できる ・ できない ・ 認知症あり ・ 介助者の協力があればできる

状態 ・ 自走 ・ 車いす ・ 歩行器 ・ ベッド座位 ・ ベッド臥位 ・ その他

その他 ※都合・曜日・時間等、ご希望があればお知らせください。

担当介護支援職員  
(ケアマネージャー) 様

介護支援事業所名

TEL \_\_\_\_\_