口腔管理推進室整備事業　依頼書

依頼日:令和　　年　　月　　日（　　）

申し込み者		患者との続柄	
事業所名	TEL	ケアマネ氏名	
フリガナ 患者氏名	（ 男・女 ）	生年月日	ＭＴＳ　　年　月　日（　　歳）
住　所			
ＴＥＬ			
保　険	□社保　□国保　□後期高齢者　□障害　□生活保護		
要介護度	□事業対象者　□要支援1　□要支援2		
	□要介護1　□要介護2　□要介護3　□要介護4　□要介護5		
かかりつけ歯科医院	□無　□有　（　　）		
訪問希望日（可能）日	□月　□火　□水　□木　□金　□土		
全身疾患	1. なし　2. あり　　下記の該当するものを〇で囲んでください。		

・糖尿病　・肝臓病　・脳血管障害（ 無 ・ 有 ）　・高血圧　・甲状腺疾患　・肝炎（　　型）
・心臓病　・結核　・呼吸器疾患　・胃潰瘍　・十二指腸潰瘍　・認知症 （ 無 ・ 有 ）
・癌（部位　　）本人告知（ 無 ・ 有 ）　・リウマチ　・骨粗鬆症　・パーキンソン病（症候群）
・変形性関節症　・腎臓病　・肺炎の既往歴（ 無 ・ 有 ）　・その他（　　）

歩　行	1. 歩行可能　2. 補助道具により歩行可能　3. 車いす　4. 寝たきり
うがい	1. 可　2. 介助　3. 不可
歯磨き	1. 可　2. 介助　3. 不可
お口の清掃状態	1. 良い　2. 普通　3. 悪い
咀　嚼	1. できる（ 左 ・ 右 ・ 両側 ）　2. 柔らかいものは食べれる　3. 問題がある
む　せ	1. 無　2. 有
入れ歯の状態	1. 入れ歯 （ 無 ・ 有 ） 2. 入れ歯の適合 （ 適 ・ 不適 ） 3. 入れ歯の取り外し （ 可 ・ 介助 ・ 不可 ） 4. 入れ歯の清掃 （ 可 ・ 介助 ・ 不可 ）

相談内容　特記事項

※口腔管理推進室記入欄	受付時間	令和　　年　　月　　日（　　）　：　　～　　：

飯塚歯科医師会　口腔管理推進室 （FAX 0948-22-7554）へお願いいたします。