

# 【歯科】医療と介護の連携シート 記入例

三木市歯科医師会 在宅訪問委員会  
 歯科医院 (名称: \_\_\_\_\_ )

医師名 \_\_\_\_\_ ○○ ○○ 先生  
 電話: \*\* - \* \* \* \* \*  
 FAX: \*\* - \* \* \* \* \*

送信日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

事業所名 \_\_\_\_\_ ●●●事業所

担当者: \_\_\_\_\_  
 電話: \*\* - \* \* \* \* \*  
 FAX: \*\* - \* \* \* \* \*

## 【担当者 記載欄】

フリガナ氏名	三木 知太郎	生年月日	T.S.H ○ 年 △ 月 □ 日
--------	--------	------	-------------------

訪問歯科診療をお願いいたします

必要事項の記載とチェックをお願いします。

●本人状況

- 住所 (〒 \_\_\_\_\_ )  独居
- 連絡先 (☎ \*\* - \* \* \* \* )  本人  その他 (子 \_\_\_\_\_ )
- 介護度 要支援  1  2 要介護  1  2  3  4  5  その他
- 保険証  後期高齢  生活保護  障害  その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 主疾患、既往歴 (高血圧 \_\_\_\_\_ )
- 服薬状況 ( \_\_\_\_\_ )
- 座位保持  可  不可 ・ 認知機能低下  有 (日常生活自立度: \_\_\_\_\_ )
- 意思疎通  可  不可 ・ 麻痺  有 ( \_\_\_\_\_ )
- 訪問可能日時 月曜 火曜 水曜 木曜 金曜 土曜  
 AM  PM  AM  PM  AM  PM  AM  PM  AM  PM  AM  PM
- 駐車場  無  有 (詳細: 自宅ガレージ \_\_\_\_\_ )

●口腔チェック ・ 歯科の最終受診時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃

<input type="checkbox"/> 口の中に痛いところがある	<input checked="" type="checkbox"/> 飲み込みが悪い、むせる
<input checked="" type="checkbox"/> 義歯に問題がある	<input type="checkbox"/> 口の中が乾燥している
<input type="checkbox"/> 歯茎に問題がある	<input type="checkbox"/> 固い物が食べにくい
<input type="checkbox"/> 出血している	<input type="checkbox"/> 口臭が気になる
<input type="checkbox"/> 舌に汚れ(舌苔)がある	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

本票の目的  返信  報告  連絡  相談 返信について  返信願います  返信不要

上記のご利用者様について、連絡をさせていただきます。

先日より不調を訴えられており、上記の状態です。ご検討、ご調整をよろしくお願いいたします。

※前置きを省略し、簡潔に要点のみの記載をお願いします。

\*なお、この照会を行うこと、及び先生から情報提供をいただくことについて

- ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡しています (同意日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  
 ご本人・ご家族の同意は得られておりませんが、ご本人の支援に必要ですのでご連絡しました

【歯科医師 記載欄】 回答年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

内容: