

かかりつけ歯科医紹介依頼書	(区) 受付日 平成 年 月 日	受付番号
	(会) 受付日 平成 年 月 日	受付番号

太線の中をご記入ください

受付場所	世田谷保健所健康推進課 (世田谷・玉川) 歯科医師会		
ふりがな			明治
患者氏名	男・女	生年月日	大正 年 月 日 (歳) 昭和
患者住所	世田谷区		電話 ()
申請者住所			
申請者氏名	続柄 ()	年齢 ()歳	電話 () ()
主たる 介護者氏名	続柄 ()	年齢 ()歳	電話 () ()
該当事項	治療希望：本人・家族・その他 () 生活状況：独居・同居・施設 () 保険の種類 (国保・社保・後期高齢・生保) 介護保険 (要介護) 障害者手帳 (級) 愛の手帳 (度) その他 ()		
申請の理由	歯が痛い、腫れた、入れ歯で困っている、その他 ()		
以前にかかった 歯科医	年 月頃	歯科医院名 住所	電話 ()
全身状態	在宅療養となった主原因	いつ頃から 年 月頃 (年間位)	認知症(有・無)、問題行動(有・無) 歩行障害(有・無)、嚥下障害(有・無) 言語障害(有・無)、聴力障害(有・無) ペースメーカー、在宅酸素、導尿カテーテル、 経管栄養(経鼻・胃ろう・他)
	脳血管障害、心疾患、骨折、 糖尿病、リウマチ、認知症、 がん、パーキンソン、 その他 ()		
医科主治医	医院名	通院 往診 投薬 (なし・あり) その他 ()	
	住所	電話 ()	
連絡事項	介護者の在宅状況：午前・午後・1日中・その他 () 担当ケアマネジャー 氏名() 連絡先 ()		

歯科医師会記入欄 世田谷区歯科医師会 玉川歯科医師会

即時対応	有 ・ 無	1. 歯科主訴
即時対応登録医 (部 会) 氏 名	(部 会) ①	2. 生活状況
処置内容 1. 月 日		1) 座位姿勢
		2) 食事内容
推薦かかりつけ 歯科医氏名・部会名 承認年月日	部会 先生 平成 年 月 日	3. 連絡事項 (ケースコーディネーター氏名 :)

1) 殆ど座位をとれない
(2) 手助けで短時間可能
(3) 支えなくても自力で可能

(1) 流動食のみ摂取可能
(2) きざみ食は摂取可能
(3) 軟らかいものは摂取可能
(4) 普通食

3) コミュニケーション
(1) 会話理解不可能
(2) 断片的には理解可能
(3) 日常的なことは理解可能
(4) 特に問題なし

4) 介護状況
(1) 寝たきり
(2) ベッド廻りのことは自立
(3) 起き上がり・つかまり立ち
できる
(4) 室内歩行可能