

かかりつけ歯科医紹介依頼書	(区) 受付日	年 月 日	受付番号
	(会) 受付日	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・玉川) 歯科医師会		
ふりがな	性別	生年月日	年 月 日(歳)
受診者氏名	男・女		
受診者住所	世田谷区	電話番号	
申請者氏名	(受診者との関係)		電話番号
介護者氏名	(受診者との関係)		電話番号
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	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	電話番号
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)	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、その他()		認知症(有・無) 聴力障害(有・無) 言語障害(有・無) 嚥下障害(有・無) 歩行障害(有・無) 問題行動(有・無)
医科主治医	医院名		通院、往診、投薬(なし・あり)
	住所		電話番号
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 :		

「」から上を「」記入ください



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
対応日: 年 月 日		2. 生活状況
処置内容		3) コミュニケーション
世田谷区健診 受託機関コード (部会名)		1) 座位姿勢
所在地		(1) 殆ど座位をとれない
医療機関名		(2) 手助けで短時間可能
歯科医師名		(3) 支えなくても自力で可能
		(4) 特に問題なし
		2) 食事内容
		(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
		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
推薦かかりつけ 歯科医氏名・部会名 承認年月日	()部会 先生 年 月 日	ケースコーディネーター氏名:() 3. 連絡事項