

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	世田谷保健所健康推進課, (<u>世田谷</u> ・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)	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)、 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)
	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 ()		

↑
ここから記入してください

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
即時対応登録医 (部会)氏名	() 部会 ⑩	2. 生活状況 1) 座位姿勢 (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
処置内容 1. 月 日		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
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	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
		3. 連絡事項 (ケースコーディネーター氏名:)