

大阪市訪問歯科健康診査における情報提供並びに申込書

受付番号

令和 年 月 日

申込者 :	印 本人との関係()
電話番号 :	
連絡先 :	

訪問歯科健診 受診希望者	氏名		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)
	住所	大阪市 区		電話	
申込理由				開口(可・不可)	
現在の 自覚症状	無・有(いつ頃から)				
かかりつけ 歯科医	無・有 (歯科医師名)	直近の 受診日	平成 令和	年 月 頃	寝たきり 前・後
歯科診療直後 の変化	1. 異常なかった 2. 気分が悪くなった 3. 脳貧血を起こした 4. ショック症状があった 5. その他()				
訪問健診日について 都合の良い曜日・日時					
現在の病名					
主治医	無・有(医院名 電話)				
受診状況 及び 受診方法	1. 定期受診(通院・往診) 2. 症状のある時のみ(通院・往診) 3. 緊急時のみ(通院・往診・救急車) 4. 薬のみ 5. 受診無 6. その他()				
要介護 原因疾患	1. 脳出血 2. 脳梗塞 3. くも膜下出血 4. 関節痛 5. 高血圧 6. 心臓病 7. 眼科疾患 8. 骨折 9. 呼吸器疾患 10. 老衰 11. 認知症 12. その他()				
障がいの程度	身体障害者手帳()級 : 肢体不自由・音声言語咀嚼・視覚・聴覚平衡 内部() 療育手帳()				
要介護認定結果	未申請・自立・要支援・要介護 (1・2・3・4・5) 平成・令和 年 月 日		現在受けているサービス		
居宅介護支援 事業所					備考:
食生活状況	1. 方法(自立・見守り・一部介助・全介助) 2. 内容(普通食・軟食・流動食) 3. 嚥下(できる・見守り・できない)				
寝たきり度 (障がい高齢者の)	J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2 (年 月頃～)				
家族の協力度					