

# 歯科往診FAX依頼書

(宛先:久慈歯科医師会 担当窓口 FAX:0194-52-7234)

平成 年 月 日

ご依頼元ケアマネージャー

事業所名:

氏名:

FAX:

電話:

患者様名:

男女( )歳

住所:

電話:

ご依頼内容: にチェックをいれて下さい。

- 歯が痛い
- 歯肉が腫れて痛い
- 噛めない
- 口内炎で食事ができない
- 義歯が壊れた
- 義歯を紛失したので再作製したい
- 義歯があわなくなったので作りたい
- 義歯がないので作製したい
- 口腔内を清掃したい
- 口臭がする

その他(下に具体的にご記入下さい。)

お願い: かかりつけ歯科医師か希望の方がございましたらご記入下さい。

承諾書: ご依頼に対する患者様の承諾(1. 本人または家族の署名、あるいは2. 押印をお願いします。3. 電話で家族に確認済みの場合は担当者名)

(いずれの一つで)

1

2

印

3

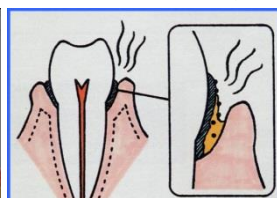
# 要介護の方の口が 以下のようにいませんか？

## 口の中

1. グラグラ動く歯がある。痛い歯がある。
2. 口の臭いがひどい。
3. 歯ぐき等に傷がある。
4. 痰や汚れがべったりついている。
5. 舌が乾いていて、潤いがない。



グラグラ



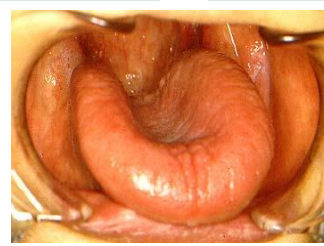
臭いがする



義歯での傷



痰や汚れ



唾液が少なく乾燥

## 入れ歯

1. バネが折れたりあわなくなった。
2. ゆるくてすぐ落ちる、あっていない、噛めない、痛い。
3. 歯がないのに入れ歯を使っていない。



バネが折れた



義歯が落ちる、あわない



義歯がない

## のみ込み

1. 食べる時、飲み込む時にムセがひどい。食後にガラガラ声になる。
2. なかなかのみ込めないでいる。食事に時間がかかる。

どれかに、当てはまる場合は、**歯科治療、ご相談、歯科往診**が必要と考えられます。

一度ご相談等ご希望の場合は、依頼書ご記入の上、FAXでお送り下さい。  
担当者から数日以内に、FAXまたはお電話でご連絡させていただきます。

# 情報提供書(歯科⇒ケアマネ)

介護支援事業所

平成 年 月 日

御中

介護支援専門員

様

歯科医院名:

FAX:

電話:

ご依頼頂きました患者さん \_\_\_\_\_ 様  
を訪問しましたのでご報告申し上げます。

訪問日	年 月 日																											
口腔の状況 及び 伝達事項	<p>〈口腔内所見〉</p> <table> <tr> <td>むし歯</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>歯周疾患</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>口腔乾燥</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>〈義歯所見〉</p> <table> <tr> <td>義歯</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>義歯使用</td> <td>使用</td> <td>使用していない</td> </tr> <tr> <td>義歯適合状態</td> <td>良</td> <td>不良(改善を要する)</td> </tr> <tr> <td>清掃状態</td> <td>良</td> <td>不良</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> </table>	むし歯	有	無	歯周疾患	有	無	口腔乾燥	有	無	その他	<input type="text"/>		義歯	有	無	義歯使用	使用	使用していない	義歯適合状態	良	不良(改善を要する)	清掃状態	良	不良	その他	<input type="text"/>	
むし歯	有	無																										
歯周疾患	有	無																										
口腔乾燥	有	無																										
その他	<input type="text"/>																											
義歯	有	無																										
義歯使用	使用	使用していない																										
義歯適合状態	良	不良(改善を要する)																										
清掃状態	良	不良																										
その他	<input type="text"/>																											
次回訪問予定日	年 月 日																											

# FAX依頼後の流れと情報提供書

