

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 6 年 4

日中に連絡の取れる電話番号を必ず記入してください。

年齢(水色のセル)は自動的に計算されます。

申込者	大阪 太郎		本人との関係	夫						
連絡先	090 - 3333 - 4444		連絡希望時間帯	10 : 00 ~ 15 : 00						
訪問歯科健診 受診希望者	氏名	大阪 花子		生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☒ 昭和 (79) 歳					
	訪問先住所	大阪市 北区 中之島1-3-20								
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	電話	06 - 1111 - 2222
申込理由 (通院できない理由)	腰椎圧迫骨折後に寝たきりとなり、受診が困難なため								開口	☒ 可 ☐ 不可
現在の口腔内の 自覚症状	☐ 無 ☒ 有 ⇒		症状	奥歯に違和感がある		いつから	2か月ほど前から			
かかりつけ歯科医	☐ 無 ☒ 有		(医療機関名)		直近の 受診日	R2 年 月 頃				
歯科診療直後の変化	☒ 異常なかった ☐ 気分が悪くなった ☐ 脳貧血を起こした ☐ ショック症状があった ☐ その他 ()									
訪問健診希望日	日付 曜日	水曜日		時間帯	午前中					
現在治療中の病気	☐ 無 ☒ 有 ⇒		病名	腰椎圧迫骨折、パーキンソン病、糖尿病						
かかりつけ医	☐ 無 ☒ 有 ⇒		医院名	〇〇総合病院		電話	06-5555-6666			
受診状況・方法	☐ 定期受診あり (☐ 通院 ・ ☐ 往診) ☐ その他 () ☒ 症状があるときのみ受診 (☐ 通院 ・ ☒ 往診) ☐ 緊急時のみ受診 (☐ 通院 ・ ☐ 往診 ・ ☐ 救急車)									
要介護となった 原因疾患	☐ 脳出血 ☐ 脳梗塞 ☐ くも膜下出血 ☐ 関節痛 ☐ 高血圧 ☐ 心臓病 ☐ 眼科疾患 ☒ 骨折 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 高齢による衰弱 ☐ 認知症 ☐ その他 ()									
要介護認定結果	☐ 未申請 ☐ 非該当		要支援	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5						
現在受けているサービス	ホームヘルパー		居宅介護支援事業所	△△ステーション						
生活状況	☐ 自立 ☐ 見守り ☒ 一部介助 ☐ 全介助									
障がい高齢者の 日常生活自立度	☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☒ B2 ☐ C1 ☐ C2 ☐ 不明									
意思疎通	☒ 可 ☐ 少し可 ☐ 不可									
家族の協力	一人で移動が困難なため、常に夫が付き添っている									

被保険者番号は、
保険証上部に記載の
ある8桁の番号です。

通院による歯科健診の
受診が困難な理由につ
いて記入してください。

都合の良い日・曜日・時間
をすべて記入してください。

歯科以外の治療中の病気
があれば、病名・病名につ
いての主治医・受診状況を
記入してください。

該当するところに ☒ をつけてください。

●生活自立

何らかの障がい等を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する

J1: 交通機関等を利用して外出する

J2: 隣近所へなら外出する

●準寝たきり

屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない

A1: 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する

A2: 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている

●寝たきり

屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ

B1: 車いすに移乗し、食事・排泄はベッドから離れて行う。

B2: 介助により車いすに移乗する

1日中ベッド上で過ごし、食事・排泄・着替において介助を要する

C1: 自分で寝返りをうつ

C2: 自分では寝返りもうてない

大阪市訪問歯科健康診査問診記録票

フリガナ			生年月日	☐ 明治	20	年	4	月	1	日	
氏 名				☐ 大正							
			☒ 昭和	(	79	)	歳				
電話	06	-	1111	-	2222	性別	☐ 男	☐ 女			
訪問先住所	大阪市 北 区 中之島1-3-20										
歯や口の状態で気になること	☐ かみ具合 ☐ 外観 ☐ 発語 ☐ 口臭 ☐ 痛み ☐ 飲み込みにくい ☐ 歯科治療が中断している ☐ 義歯(入れ歯)の具合が悪い ☐ その他 () ☐ 特になし										
歯磨き習慣等	1 うがい	☒ ぶくぶくうがいができる ☐ 吐き出すのみ ☐ 飲み込む ☐ できない									
	2 口唇、頬の緊張	☒ 普通 ☐ 強い ☐ 弱い									
	3 日頃の歯磨き	☒ 本人のみ ☐ 介護者のみ ☐ 本人+介護者 ☐ できていない									
	4 歯ブラシ実施時期	(本 人) 1日に何回磨きますか ☒ 朝 ☐ 昼 ☐ 夜 ☐ 就寝前 ☐ しない 計 2 回 (介護者) 1日に何回磨きますか ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夜 ☐ 就寝前 ☐ しない 計 回									
	5 歯磨き時間	☐ 1分未満 ☒ 3～5分未満 ☐ 5分以上 ☐ 不明									
	6 歯磨き時の出血	☐ ある ☒ 時々ある ☐ ない									
	7 舌、粘膜等の清掃	☐ する ☐ 時々する ☒ しない									
	8 口臭を感じるか	☐ いつも感じる ☒ 時々感じる ☐ 感じない									
食事状況等	1 食事について	☒ 普通食 ☐ 軟食 ☐ とりみ食									
	2 食べ方について	☒ よく噛んで食べる ☐ 噛まずに丸のみする ☐ 口からこぼれやすい									
	3 摂食状況について	☐ 自立 ☒ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経口摂取なし									
	4 嚥下について	☒ できる ☐ 見守り ☐ できない									
入れ歯について	1 入れ歯の有無	☒ あり ☐ なし									
	2 入れ歯の使用状況	☒ 使っている ☐ 持っているが使っていない ☐ 不明									
	3 清掃方法	☐ はずして清掃する ☒ はずさないで清掃する ☐ 清掃しない									
その他	1 最近1年以内の肺炎・気管支炎	☒ 起こした ☐ 起こしていない									
	2 特記事項										

水色のセルは1ページ目の入力内容が自動的に反映されます。

各質問について、該当するものを☑をお願ひします。

事前に伝えておくべきことがあれば記載してください。

該当する選択肢の☐をクリックして、☑にしてください。