

大阪市後期高齢者医療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 】

【 歯科健診申込者の情報 】

【 記載日 】 令和 年 月 日

氏名		本人との関係	
住所	(〒) 市 区		
電話番号	() -	繋がりのやすい 時間帯	時 分 ~ 時 分

【 歯科健診希望者の基本情報 】

ふりがな 氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 年 月 日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 () 歳
訪問先の住所	大阪市 区		
訪問先の電話番号	() -	被保険者番号	

【 歯科健診希望者の受診状況等 】

訪問希望日 (日付や曜日)		訪問希望時間帯	
申込理由 (通院できない理由)			
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 医院名 () 所在地 区・市 地域		
直近の受診日	年 月頃		
現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 病名 ()		
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 医院名 ()		
かかりつけ医への 受診状況	<input type="checkbox"/> 定期受診あり (<input type="checkbox"/> 通院 ・ <input type="checkbox"/> 往診 ・ <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 症状があるときのみ受診あり (<input type="checkbox"/> 通院 ・ <input type="checkbox"/> 往診 ・ <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 緊急時のみ受診あり (<input type="checkbox"/> 通院 ・ <input type="checkbox"/> 往診 ・ <input type="checkbox"/> 救急車)		
介護が必要となった 原因疾患	<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 眼科疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 高齢による衰弱 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他()		
要介護認定結果	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
現在受けている サービス		居宅介護支援事業所	
障がい高齢者の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 不明		
生活状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 少し可 <input type="checkbox"/> 不可
家族の協力			

【 お申込み先 】

大阪市福祉局生活福祉部保険年金課(保健事業グループ)
TEL:06-6208-9876 FAX:06-6202-4156

該当する選択肢の□を
☑にしてください。

大阪市後期高齢者医療訪問歯科健康診査問診記録票

【 歯科健診希望者の基本情報 】

ふりがな 氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 () 年 月 日 () 歳
訪問先の住所	大阪市 区		
訪問先の電話番号	() -		

【 問診記録票 】

現在の口腔内の 自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 症状 () いつから ()		
歯や口の状態で 気になること	<input type="checkbox"/> かみ具合 <input type="checkbox"/> 外観 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 歯科治療を中断している <input type="checkbox"/> 義歯(入れ歯)の具合が悪い <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他()		
歯磨き習慣等	1 うがい	<input type="checkbox"/> ぶくぶくうがいができる <input type="checkbox"/> 吐き出すのみ <input type="checkbox"/> 飲み込む <input type="checkbox"/> できない	
	2 口唇、頬の緊張	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い	
	3 日頃の歯磨き	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 介護者のみ <input type="checkbox"/> 本人+介護者 <input type="checkbox"/> できていない	
	4 歯磨きの実施時期	(本人)1日に何回歯磨きをしますか？ <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> しない <input checked="" type="checkbox"/> 計 回 (介護者)1日に何回歯磨きをしますか？ <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> しない <input checked="" type="checkbox"/> 計 回	
	5 歯磨きの時間	<input type="checkbox"/> 1分未満 <input type="checkbox"/> 3~5分未満 <input type="checkbox"/> 5分以上 <input type="checkbox"/> 不明	
	6 歯磨き時の出血	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
	7 舌、粘膜等の清掃	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> しない	
	8 口臭を感じるか	<input type="checkbox"/> いつも感じる <input type="checkbox"/> 時々感じる <input type="checkbox"/> 感じない	
食事状況等	1 食事について	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> とろみ食	
	2 食べ方について	<input type="checkbox"/> よく噛んで食べることができる <input type="checkbox"/> 噛まずに丸飲みにする <input type="checkbox"/> 口からこぼれやすい	
	3 摂食状況について	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂食なし	
	4 嚥下について	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> できない	
入れ歯について	1 入れ歯の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	2 入れ歯の使用状況	<input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 持っているが使用していない <input type="checkbox"/> 不明	
	3 清掃方法	<input type="checkbox"/> はずして清掃する <input type="checkbox"/> はずさないで清掃する <input type="checkbox"/> 清掃しない	
その他	最近1年以内の 肺炎・気管支炎	<input type="checkbox"/> 起こした <input type="checkbox"/> 起こしていない	
備考			

【 その他 】

本事業を 知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> ①大阪市福祉局ホームページ <input type="checkbox"/> ②家族からの紹介 <input type="checkbox"/> ③ケアマネージャーからの紹介 <input type="checkbox"/> ④かかりつけ歯科医からの紹介	<input type="checkbox"/> ⑤地域包括支援センターの紹介 <input type="checkbox"/> ⑥訪問看護ステーションからの紹介 <input type="checkbox"/> ⑦その他()
-----------------	---	--