

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	大阪 太郎	本人との関係	夫
住所	(〒530-8201) 大阪市 北区 中之島1-3-20		
電話番号	(090) 0000-0000	繋がりのやすい時間帯	10時00分 ~ 15時00分

日中に連絡の取れる電話番号を必ず記入してください。

【 歯科健診希望者の基本情報 】

ふりがな	おおさか はなこ	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 20年12月31日 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 (80)歳
氏名	大阪 花子		
訪問先の住所	大阪市 北区 中之島1-3-20		
訪問先の電話番号	(06) 0000 - 0000	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)	水曜日	訪問希望時間帯	午前中
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		
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → 医院名 (△□歯科医院 所在地 北区-市- ○△地域		
直近の受診日	令和 7 年 1 月頃		
現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → 医院名 (○□総合病院		
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 checked="" type="checkbox"/> 症状があるときのみ受診あり (<input type="checkbox"/> 通院 ・ <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 4
現在受けているサービス	ホームページ	居宅介護支援事業所	△△ステーション
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 一部介助	意思疎通	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 少し可 <input type="checkbox"/> 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。		

都合の良い日・曜日・時間をすべて記入してください。

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。

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: 自分では寝返りもてない

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	おおさか はなこ 大阪 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 20年12月31日 (80)歳
訪問先の住所	大阪市 北 区 中之島1-3-20		
訪問先の電話番号	(06) 0000 - 0000		

【 問診記録票 】

現在の口腔内の自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → 症状 (奥歯に違和感がある) いつから (2か月ほど前から)		
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 checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他()		
歯磨き習慣等	1 うがい	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い	
	3 日頃の歯磨き	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> しない → 計 2 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 → 計 回	
	5 歯磨きの時間	<input type="checkbox"/> 1分未満 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> しない	
	8 口臭を感じるか	<input type="checkbox"/> いつも感じる <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	2 入れ歯の使用状況	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 起こした <input type="checkbox"/> 起こしていない	
備考	事前に伝えておくべきことがあれば記載してください。		

各質問について「はい/いいえ」を記入してください。☑ をお願いたします。

【 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 checked="" 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()
-------------	--	--