

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

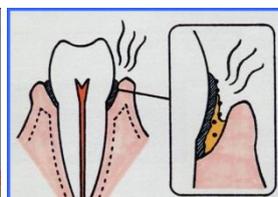
要介護の方の口が 以下のようにいませんか？

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



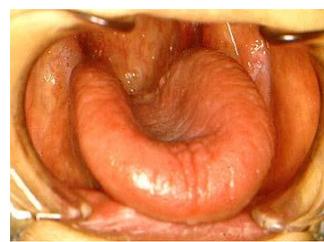
臭いがする



義歯での傷



痰や汚れ



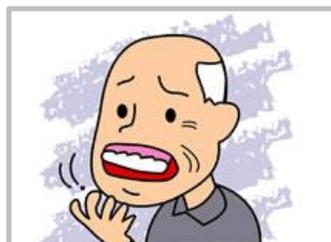
唾液が少なく乾燥

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

FAXを受け取った歯科医師は

依頼元(ケアマネ)へ電話する

face to faceで概況書を受け取る

情報提供書をケアマネにFAXする

