

お口のチェックをしましょう！！

チェック項目	✓印	観察ポイント
お口の中の 清潔度	<input type="checkbox"/>	口臭がある
	<input type="checkbox"/>	痛み・はれ・出血がある、口の粘膜に傷がある
	<input type="checkbox"/>	口の中に食べカスがついている
	<input type="checkbox"/>	舌に色がついている
	<input type="checkbox"/>	不明・把握できていない
お口の中の 状況	<input type="checkbox"/>	歯がないところがありそのままになっている
	<input type="checkbox"/>	むし歯や歯の残がいがある
	<input type="checkbox"/>	痛む歯や動く歯がある
	<input type="checkbox"/>	不明・把握できていない
入れ歯	<input type="checkbox"/>	使いにくい（壊れた、ゆるい、痛い、噛みにくい）
	<input type="checkbox"/>	汚れている
	<input type="checkbox"/>	入れ歯はあるが、使っていない
	<input type="checkbox"/>	不明・把握できていない
食事の状況	<input type="checkbox"/>	食事中にむせることがある
	<input type="checkbox"/>	咳き込むことがある
	<input type="checkbox"/>	食べこぼすことがある
	<input type="checkbox"/>	口唇がパリパリしている
	<input type="checkbox"/>	のどがゴロゴロいうことがある
	<input type="checkbox"/>	不明・把握できていない
受診の状況	<input type="checkbox"/>	最近2年以上歯科医のチェックを受けていない
	<input type="checkbox"/>	不明・把握できていない

※チェックがいたら専門職によるアセスメントをお勧めします。

在宅（訪問）歯科診療申込書

令和 年 月 日

在宅（訪問）歯科診療を希望し申し込みます。

利用者様氏名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日生

住 所： _____

電話番号： () - / FAX () -

介護保険認定： 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5

食 形 態： 普通食 刻み食 ミキサー食&ペースト食 不明

口腔ケアを行っている方： _____

通院困難な理由： _____

かかりつけ歯科医： (医院名) _____ /電話番号 () -

申込者様氏名： _____

住 所： _____ 電話番号 _____ FAX _____