

歯科往診FAX依頼書

(宛先: 盛岡市歯科医師会FAX:019-622-6619)

依頼元 病院・事業所名 _____ 電話番号 _____

担当者様氏名 _____

ふりがな
患者様 氏名 _____ 性別 男・女 年齢 _____ 歳

要介護状態 ①要支援1 ②要支援2 ③要介護1 ④要介護2 ⑤要介護3 ⑥要介護4 ⑦要介護5 ⑧その他
()

患者様住所 _____

患者様電話 _____

かかりつけ医師 _____ かかりつけ医への連絡 未・済み

かかりつけ病院・医院名 _____ 電話番号・FAX _____

かかりつけ歯科医師 _____ かかりつけ歯科医への連絡 未・済み

通院できない理由 _____

ご依頼内容(当てはまるところに✓ をつけて下さい)

- 痛い歯がある、動く歯がある、歯ぐきがはれている、むし歯がある
- 口の中に痰や汚れがべったり付いている、臭い、乾いている
- 入れ歯があたって痛い、粘膜に傷がついている
- 入れ歯が落ちやすい、合わない、破損している
- 入れ歯がない
- 食べる時や飲み込む時にむせる、食後ガラガラ声になる
- なかなか飲み込めない、食事に時間がかかる
- その他 ()

お願い：本人・ご家族からの訪問歯科診療のご承諾をお願いいたします

020-0045 盛岡市盛岡駅西通2丁目5番25号 岩手県歯科医師会館 (8020プラザ) 3階
盛岡市歯科医師会 (担当理事: 齊藤英朗)
電話:019-651-1170 FAX:019-622-6619

訪問歯科診療FAX依頼 報告書

病院・医院名 _____ 先生 御机下

電話番号・FAX _____

この度訪問歯科診療依頼を受け、診療しましたのでご報告いたします。

歯科医院名・歯科医師名 _____

電話・FAX _____

要介護の方の口が 以下のようになっていませんか？

お口の中

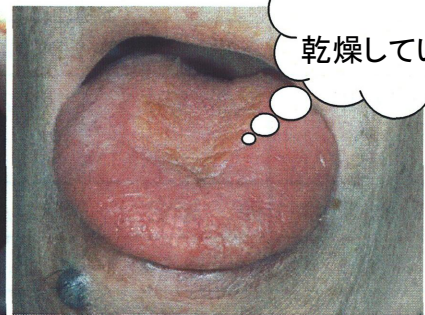
1. グラグラ動く歯がある、痛い歯がある
2. 口の臭いがひどい
3. 痰や汚れがべったり付いている、舌をべーっとできない (図1,2)
4. 舌が乾いていて、潤いがまったく無い (図3)



(図 1)



(図 2)

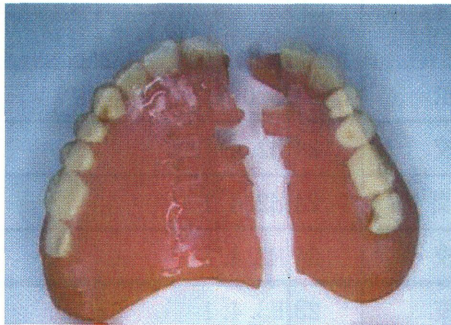


(図 3)

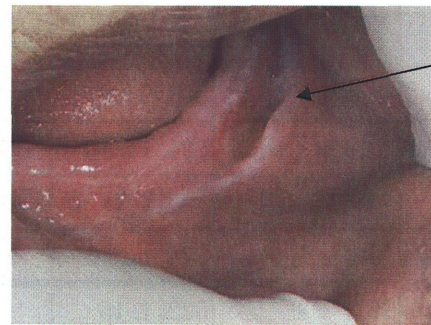
カピカピで
乾燥している

入れ歯

1. バネが折れた、割れた (図4)
2. ゆるくてすぐ落ちる、合っていない、かめない、キズができて痛い (図5)
3. 歯が無いのに入れ歯を使っていない



(図 4)



(図 5)

きずがある

のみ込み

1. 食べる時、飲む時にムセがひどい、食後、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。
お気軽に、先ずご連絡ください。ご相談させていただきます。