# 問　診　票　　兼　　紹　介　状

令和　　年　　月　　日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>氏名 | | 男・女 | 明・大・昭・平<br>年　　月　　日生 | 担当ケアマネージャー | 様 |
| 住所 | 〒　　－　　自宅電話（　　）　　－<br>東広島市 | | | | （事業所）<br>電話（　　）　　－ |

| | |
|---|---|
| 介護認定を受けられている場合 | □要支援1　□要支援2　□要介護1　□要介護2　□要介護3　□要介護4 |
| どうなさいましたか | □虫歯の治療がしたい　□歯が痛い　□入れ歯をいれたい　□入れ歯がこわれた<br>□入れ歯が痛い　□歯がかけた　□歯肉が腫れた　□歯の清掃をしたい<br>□つめた物がとれた　□顎関節が痛む　□その他（　　） |
| 痛みがある場合<br>どこが痛みますか<br>そしていつから痛みます | 右上　上前　左上　右下　下前　左下<br>□歯　□舌　□歯肉　□頬　□顎　□唇<br>□今日初めて　□昨日から　□時々<br>□＿＿＿日くらい前から　□ずっと前から<br>□痛かったが現在は痛みはない |
| 痛む場合、痛み方は | □ズキズキ　□ズーッと　□噛んだときに痛む　□痛んだり止んだり　□冷たい物がしみる<br>□熱い物がしみる　□甘い物で痛む　□夜になると痛む　□物がはさまって痛む<br>□入れ歯を入れただけで痛む　□入れ歯で噛むと痛む　□その他（　　） |
| 麻酔の注射や歯を抜いたりして何か異常はありませんでしたか | □ない　□ある→　□気分が悪くなる　□大量の出血　□血が止まらなかった　□貧血になった<br>（その他具体的に） |
| 現在、通院中の病院はありますか。また、薬を飲んでいますか | □ない　□ある→　（病名）<br>（医院名/医師名）<br>（薬剤名　※お薬手帳等があればコピーを添付してください） |
| 過去に入院、手術、輸血の経験はありますか | □ない　□ある→　□入院　□手術　□輸血<br>＿＿年前ごろ、病名 |
| 内科的な病気はありますか。または過去にかかったことはありますか | □ない　□高血圧（　　/　　mmHg）　□心臓疾患　□骨粗鬆症<br>□低血圧（　　/　　mmHg）　□胃腸・腎疾患　□その他<br>□肝炎(A・B・C・他)　□血液疾患<br>□糖尿病（　　）　□脳血管障害 |
| お口のお手入れについて | □自分で出来る　□介助者がする　□あまり出来ていない |
| かかりつけの歯科医院がありますか | □ない　□ある→　歯科医院名（　　）　電話（　　）　－ |
| 訪問希望時間 | □ない　□ある→　希望時間をご記入下さい（例：13：00～15：00） |

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 午前 | | | | | | |
| 午後 | | | | | | |

| | |
|---|---|
| その他、要望等はありますか | |

※連携室使用欄（記入しないでください）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 受付No. | | 紹介先歯科医療機関 | | 紹　介　年月日 | 年　　月　　日 |
| 転帰 | □治療終了　□継続的口腔管理　□その他（ | | | 結果報告年月日 | 年　　月　　日 |

**東広島市歯科医師会　在宅歯科医療連携室**

電話 082-423-0160　FAX 082-423-0161