

# 札幌市後期高齢者訪問歯科健診申込書兼問診票

申込日 令和 年 月 日

(ふりがな)			大正・昭和
受診者氏名	男・女		年 月 日生 ( 歳 )
受診者の住所	札幌市 区		
	電話 - -		
主たる介護者名	続柄	(電話 - - )	
	緊急連絡先	(電話 - - )	
健診申込者名 (事業所)	電話 - -		

受診者様について教えてください

介護認定	要介護 3・4・5 (その他 )		
既往歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特になし</li> <li>・ 脳血管疾患( 脳出血・脳梗塞・その他 )</li> <li>・ 認知症( アルツハイマー型・血管性・レビー小体型・前頭側頭型 )</li> <li>・ 高血圧</li> <li>・ 神経難病( パーキンソン病・ALS・脊髄小脳変性症・その他 )</li> <li>・ 肝臓疾患( A型・B型・C型肝炎・肝硬変・その他 )</li> <li>・ 心臓疾患( 不整脈・心筋梗塞・狭心症・弁膜症・その他 )</li> <li>・ 肺炎( 細菌性・誤嚥性 )</li> <li>・ その他( )</li> </ul>		
現在治療中の病気	ない・ある〔高血圧・心臓病・糖尿病・その他( )〕 医療機関名( ) 医師名 ( 電話 - )		
投薬内容	<input type="checkbox"/> あり (お薬情報を添付してください) <input type="checkbox"/> なし ※1		
主治医	医院・病院名 : (電話 - - ) 医師名 :		
食事状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 食事介助 ( なし ・ あり )</li> <li>* 経口摂取 ( 普通食・軟食・きざみ食・ミキサー食・ゼリー食 )</li> <li>* 経管栄養 ( 胃ろう・腸ろう・経鼻 )</li> <li>* IVH</li> </ul>		
主治歯科医	医院・病院名 : (電話 - - ) 歯科医師名 :		
訪問可能日	第一希望                      曜日    午前    ・    午後 第二希望                      曜日    午前    ・    午後		
居宅介護支援事業所 および担当 ケアマネジャー	(電話 - - ) (FAX - - )		
備考	配慮を要する事項や、ご希望などがあれば記載してください。		
事業の利用回数	1 今回初めて    2( )回目(最も近い利用 年 月) (訪問歯科健診の利用は年度内に1回限りとなります。)		

※1 個人情報に関しましては、健診に必要な範囲でのみ利用し、外部への提供等は一切行いません。

## 医療機関使用欄

実施医療機関	訪問日程
医療機関名 歯科医師氏名 歯科衛生士氏名 (帯同する場合のみ記載)	令和 年 月 日

※ 指定医療機関は(一社)札幌歯科医師会へ転送してください。FAX011-511-1530