

F A X 歯科訪問診療依頼状(宇佐市)

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 男・女 歳 明・大・昭 年 月 日生

住 所 _____ ☎ _____

下記の件についての情報提供に同意します (_____ 印)
(施設名)

送信者氏名 _____ 電話番号 _____

患家の駐車スペース (有・無)

【口腔状況】

主訴

- 歯が痛い 歯ぐきがはれて痛い 歯がぐらぐらする
 つめたもの、かぶせたもの、さし歯がとれた
 入れ歯がこわれた 入れ歯が痛い 入れ歯をつくりたい
 その他 (_____)

部位

- 右上奥歯 上前歯 左上奥歯
 右下奥歯 下前歯 左下奥歯

【口腔機能】

食事様式

- 経口摂取 (自力、部分介助、全面介助) 胃ろう その他 (_____)

食形態

- 普通食 軟食 流動食

うがい

- できる できない

吐き出し

- できる できない

嚥下反射

- ある ない

【全身状態】

発熱

- ある (_____ 日前から) ない

臥床状況

- 寝たきり 寝たり起きたり (座位ができる時間 _____ 分程度)

抗凝固剤 (ワーファリン等) 抗血小板剤 (バイアスピリン等) の服用

- 有 無

その他の主な服用薬剤 (_____)

既往歴 (_____)

医科主治医 (有・無)

医療機関名 _____ ☎ _____

主治医名 _____

住 所 _____

