

訪問口腔ケア依頼書

【対象患者情報】 初診日 令和 年 月 日

氏名

生年月日 年 月 日 年齢 歳 性別 女・男

住所 〒

駐車場 なし／あり ()

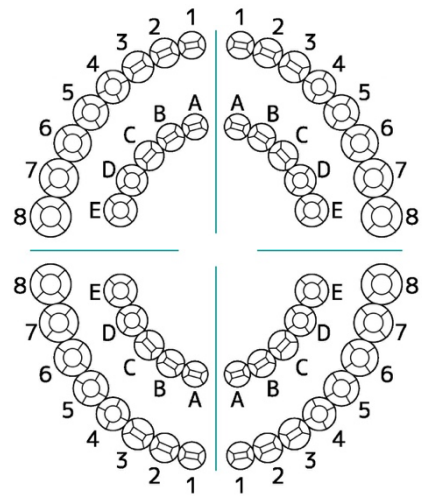
主治医：

【現在の状況】

- ・既往歴、全身状態：
- ・服薬状況：
- ・介護度：
- ・食事・嚥下状態：良好／注意必要／要対応
食形態：常食／刻み食／軟食／ミキサー食／嚥下調整食
- ・その他

【口腔内の状況】

- ・動揺歯の有無：なし／あり 部位
- ・歯肉の腫れ：なし／あり 部位
- ・歯肉の出血：なし／あり 部位
- ・歯石沈着：なし／あり 部位
- ・乾燥：なし／あり
- ・舌苔：なし／軽度／中等度／高度
- ・口臭：なし／軽度／強い
- ・むせ：なし／あり
- ・義歯について
使用：有（上顎 FD・PD／下顎FD・PD）／無
適合：良好／不良
清掃状況：清潔／やや不潔／不潔
- ・その他



【今後の治療方針】

- う蝕処置（部位： _____ ）
- 抜歯（部位： _____ ）
- 義歯調整
- 義歯作製（上顎 FD・PD／下顎FD・PD）
- 嚙下評価・摂食指導
- その他

【訪問希望日時】

【依頼内容】

- 口腔ケア（ブラッシング・義歯清掃など）
- 嚙下評価・摂食指導
- その他

【その他連絡事項】

おしむら歯科・こども矯正歯科クリニック

担当歯科医師

〒454-0847 愛知県名古屋市中川区細米町1-7

TEL 052-363-3366

FAX 052-362-1866