

●申込者

氏名 _____ 患者さんとの関係(_____) 電話 (_____)
 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入

(フリガナ)	
・患者氏名 _____	男・女 _____ 主たる介護者の氏名 _____
・生年月日: (明治・大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 満 _____ 歳	
・住所 〒 _____	同居者(いる・いない) _____
・電話 (_____)	FAX (_____)

【Ⅰ】申し込み理由(番号に○をつけて下さい、重複も可です)

1. 痛みがある 2. 腫れている 3. ものが良く噛めない 4. 入れ歯が合わない
 5. 入れ歯がこわれた 6. ものが良く飲み込めない 7. その他

いつからですか?(_____ 日・週・月 前から)

【Ⅱ】患者さんに関する医療・介護連携情報

◆ケアマネージャー _____ (連絡先) _____
 ◆地域包括(保健師・看護師) _____ (連絡先) _____
 ◆かかりつけ歯科医院 _____ 電話 _____
 ◆かかりつけ医院(歯科以外) _____ 電話 _____
 ◆訪問看護ステーション _____ 電話 _____

【Ⅲ】患者さんに関する介護基本情報

〈以下、当てはまるものに○を付けて下さい〉

- 日常生活自立度(障害老人) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
 (認知症老人) 正常 I II III IV M
 ○要介護度 自立・要支援(1・2) 要介護1・2・3・4・5
 特定高齢者(該当・非該当)

○食物形態 1常食 2軟化食 3きざみ 4ペースト(流動) 5経管 6その他

【IV】患者さんに関する医療詳細情報

○全身疾患 1脳血管障害 ▶麻痺の部位 上肢:右・左・両
 下肢:右・左・両
 口腔:口唇・舌・咽頭(嚥下機能)

2血圧(/) 3慢性関節リウマチ

4糖尿病(血糖値 _____ mg/dL HbA1c _____)

5パーキンソン病(ヤールの重症度分類 I II III IV V)

6心臓疾患(狭心症・心筋梗塞・不整脈 その他 _____)

7その他の疾患 _____

○服薬情報 ▶抗凝固剤(使用・不使用):薬剤名 _____

▶その他の服薬剤 _____

○特定高齢者判定項目(該当項目を○で囲んで下さい)

- (1)6ヶ月で2~3Kg以上の体重減少あり
BMI値が18.5未満
- (2)血清アルブミン値が3.8g/dL以下
- (3)ア:半年前に比べて固い物が食べにくくなったと感じている
イ:お茶や汁物等でむせることがある
ウ:口の渇きが気になる
- (4)視診による口腔内の衛生状態に問題を確認
- (5)反復唾液嚥下テスト(RSST)が3回未満

○その他特記事項

.....

.....

.....