

お口の中をチェックしましょう！！

小野加東歯科医師会

チェック項目	✓印 観察ポイント
お口の中の清潔度	<input type="checkbox"/> 口臭がある
	<input type="checkbox"/> 痛み・腫れ・出血がある
	<input type="checkbox"/> お口の粘膜に傷がある
	<input type="checkbox"/> お口の中に食べカスがついている
	<input type="checkbox"/> 舌に色がついている
咬み合わせ	<input type="checkbox"/> 歯がないところがあり、そのままになっている
	<input type="checkbox"/> むし歯や歯の残がいがある
	<input type="checkbox"/> 痛む歯や動く歯がある
入れ歯	<input type="checkbox"/> 使いにくい（壊れた・ゆるい・痛い・噛みにくい）
	<input type="checkbox"/> 汚れている
	<input type="checkbox"/> 入れ歯は持っているが、使っていない
食事の状況	<input type="checkbox"/> 食事中にむせることがある
	<input type="checkbox"/> 咳き込むことがよくある
	<input type="checkbox"/> 食べこぼすことがある
	<input type="checkbox"/> 唇がパリパリしている
	<input type="checkbox"/> のどがゴロゴロいうことがある

※チェックがいたら在宅（訪問）歯科診療をお勧めします

在宅（訪問）歯科診療申込書

令和 年 月 日

在宅（訪問）歯科診療を希望し申し込みます

① 利用者

氏 名 _____
 生 年 月 日 _____ (大正・昭和・平成) 年 月 日
 住 所 _____
 電 話 番 号 _____ () — FAX () —
 介 護 保 険 認 定 要介護 1・2・3・4・5 _____
 通院困難な理由 _____
 かかりつけ歯科医 (医院名) _____ 電話番号 () —

② 申込者 (利用者と同じの場合は記入不要です)

氏 名 _____
 住 所 _____
 電 話 番 号 _____ () — FAX () —

< FAX送信先 >

<p>【お問合せ先】 小野加東歯科医師会会長 日 時 _____ 午前 時 ~ 午後 時 電 話 _____</p>
