

在宅要介護者情報提供書（訪問歯科健診用）

居宅介護 支援事業者	事業所名		担当者名	
	所在地		TEL	
			FAX	

記載日 令和 年 月 日

フリガナ			性別		住所	佐久市	
氏 名					自宅TEL		
生年月日	M・T・S	年	月	日	連絡先	TEL	
介護区分	要支援		要介護			氏名	
糖尿病	あり（約 年前より 現在の治療内容： HbA1c ） ・ なし						
主な傷害と 疾病							
障がい者手帳	あり（ ） ・ なし						
感染症	あり（ ） ・ なし						
アレルギー	あり（ ） ・ なし						
主治医	病院(医院) 科 医師 （ 訪問診療 ・ 通院 ）						
かかりつけ 歯科医院	病院(歯科医院) ・ なし						
サービスの 状況	デイサービス	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日					
		口腔ケア加算： あり ・ なし					
	訪問看護	曜日 AM PM : ~ :					
	ヘルパー	曜日 AM PM : ~ :					
	訪問リハビリ	曜日 AM PM : ~ :					
	その他						
身体の状態	麻痺	あり（ 右半身 ・ 左半身 ・ 上肢 ・ 下肢 ） ・ なし					
	移動	自立 ・ 杖、歩行器使用 ・ 車イス使用 ・ 不可					
	認知	あり ・ なし					
	意思の疎通	可 ・ 不可					
	座位	自立 ・ ギャッジアップにて可 ・ 不可					
食 事	食事の状況	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					
	摂取方法	経口 ・ 胃ろう ・ その他（ ）					
	食形態	常食 ・ 軟食 ・ きざみ食 ・ ペースト食 ・ その他（ ）					
	とろみの使用	あり ・ なし					
口腔ケア	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助（主な介助者： ）						
※ その他、歯科健診にあたり注意が必要な点							

上記の内容につきましては歯科保健事業の目的以外は使用いたしません。

※ お口の点検の希望、お困りごとの相談等ありましたら、ご連絡ください。
佐久市役所 健康づくり推進課 口腔歯科保健係
サングリモ中込2F TEL 63-3781 63-3782