

寝たきり者等歯科訪問調査 予備調査票

(社)三島市歯科医師会事務局

電話 981-6101

FAX 981-6181

希望者氏名 _____

住 所 三島市 _____ 電話番号 _____

キーパーソン(診療にかかわる相談のできる人) 氏名 _____

希望者との関係 (_____)

電話番号 _____

現在の主たる疾患名 _____

既往歴 _____

現症:体温 (_____ °C) 脈拍(_____ 回/分) 血圧 (_____ / _____) SpO2 (_____ %)

不自由な所: 1. 目 2. 耳 3. 言語 4. 上肢(左・右) 5. 下肢(左・右)
6. その他(_____)

食事内容 : 普通食・刻み食・おかゆ・ソフト食・ミキサー食・経管栄養・その他

寝たきり度 : A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2

ADL: 1. 介助なし 2. 一部介助 3. 全介助

移動 (1・2・3) 食事 (1・2・3) 排泄 (1・2・3) 入浴 (1・2・3)

着替え (1・2・3) 整容 (1・2・3) 意思疎通 (1・2・3)

認知症高齢者の日常生活自立度: 自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M

同居家族: 夫・妻・息子・嫁・娘・その他(_____)

本人のみ (昼・夜)

主な介護者: 夫・妻・息子・嫁・娘・その他(_____)

服用薬 (_____)

※ お薬手帳等の薬剤情報があれば、添付して下さい。