

訪問歯科診療申込書(問診表)

申込者		住所		TEL	
		氏名		( )-	
受付年月日		平成 年 月 日	受診者との関係		
訪問先	フリガナ 氏名				
		( 男 ・ 女 )	自宅 ・ 施設 ・ 病院		
	生年月日	( 明・大・昭 ) 年 月 日 ( 歳 )	連絡先 ( ) -		
	住所		駐車スペース	有 ・ 無	
	介護保険認定	申請中		要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
保険の種類	1. 国保 2. 社保 3. その他 ( 生保等 )		後期高齢者 有 ・ 無		
申し込み理由 ( 主訴 )	1) 歯が痛い 2) 歯ぐきがはれている 3) 出血している 4) 入れ歯が壊れた・合わない・痛い・新しくしたい		5) 口臭がある 6) 口腔清掃ができない 7) その他 *いつから 月 日		
訪問希望日時					
かかりつけ歯科医院の有無	有 ・ 無		医院名		
TEL	( ) -				
病気の経歴	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> がん ( ) <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他			< 特記事項 >	
全身状態	感染症の有無	1) 有 ( )                      2) 無			
	常用薬の有無	1) 有 ( )                      2) 無			
	仰臥状況	1) 寝たきり    2) 準寝たきり    3) その他			
	移動状況	1) 全介助    2) 一部介助    3) 自立			
	意思の疎通	可 ・ 不可			
口腔状態	座位保持	1) 可能    2) 短時間可能 ( ) 分    3) 不可			
	食事様式	( 自力 ・ 部分介助 ・ 全介助 )		うがい	( 可 ・ 否 )
	食事形態	1) 普通食    2) きざみ    3) とろみ    4) ペースト    5) 胃ろう			
訪問状況	無 ・ 有	( 医師 ・ 看護師 ・ 保健師 ・ ヘルパー ・ ケアマネージャー ) その他 ( )			
介護者	名前		TEL		
	続柄	1) 本人    2) 家族    3) 介護・病院関係者    4) その他 ( )			
主治医	医院名	主治医名	TEL		
ケアマネージャー	氏名	所属先	TEL		