

歯科訪問診療申込書・問診票

ご依頼者様	ご本人 ・ ケアマネージャー ・ ご家族						
ふりがな		性別	生 年 月 日		年齢		
患者様名		男・女	明・大・昭 年 月 日		歳		
住 所	〒 ー ー			駐車場 スペース	有 ・ 無		
連絡先	携帯番号 ー ー		自宅番号 ー ー				
同居の家族	無 ・ 有	ふりがな 代表者名	続柄 ()	連絡先 ー ー			
介護者	無 ・ 上記以外で 有の場合	ふりがな お名前	続柄 ()	連絡先 ー ー			
介護認定	無 ・ 有	要介護 要支援	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 認定中				
主訴内容	<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている <input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> その他 ()						
通院困難 な理由							
現在および 過去の病気	特 に な し	高血圧 (/) 糖尿病 (HbA1c) 肝炎 (A・B・C) 心疾患 がん 脳疾患 神経難病 認知症 変形症 関節リュウマチ その他 ()					
投薬内容	無 ・ 有 ()						
全身の 状態	臥床状態	寝たきり・寝たり起きたり		口腔状況	食事介助	有 ・ 無	
	移動動作	全介助 ・ 部分介助・自立			うがい	可能 ・ 困難	
	聴力障害	有 ・ 無			食事形態	普通食・きざみ・とろみ ペースト・胃ろう	
	言語障害	有 ・ 無				食事状態	問題なし・むせる 飲み込みにくい
	認知障害	有 ・ 無					
	意志表示	可能 ・ 困難					
当院への 要望			何でお知り になりましたか	HP・ネット・知人から聞いて・紹介			