

訪問歯科診療申込書(問診票)

NO. 1

※お手数ですが、下記項目をご記入の上、服用している薬の一覧表(お薬手帳など)の写しとFAXお願い致します。

申込日 年 月 日

患者	ふりがな		男・女	T・S・H	年	月	日	年齢	歳
	氏名								
	住所	(〒 -)							
依頼者	ふりがな		続柄	本人・家族(同居・別居)・親類・ケアマネージャー 介護関係・病院関係・その他()					
	氏名								
ご連絡方法	患者様宅・事業者様・その他の連絡先	主な介護者			(キーパソン:)				
	TEL	連絡可能な時間帯							
主訴	歯が痛い・歯ぐきが痛い・入れ歯が合わない・入れ歯が壊れた その他() 義歯: 有・無			かかりつけ歯科医院(最後に受診した歯科医院) 有・無					
	部位	治療についてのご希望等			歯科医院名				
	右上 上前 左上 右下 下前 左下				TEL				
				訪問場所 / 居宅・施設・病院 その他()					
			駐車場 / 有・無()						
在宅療養になった原因(病名)									
現在の医科等への入院状況の確認 / 通院はしていない・通院中(週・月・年 回)・往診を受けている・入院中									
医科・歯科医院への通院が困難な理由 / 歩行困難・寝たきり・認知症・その他()									
健康保険	社会保険・国民健康保険・後期高齢者・生活保護・各種手帳(有・無)・障害者()種()級								
介護保険	認定なし・認定あり(要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5)								
ケアマネージャー	担当者名	/ 事業所名							
	TEL	/ FAX							
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)			自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2						
認知症高齢者の日常生活自立度			自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M						
現在の身体機能	麻痺: なし・あり(上肢 → 右 左・下肢 → 右 左)								
	移動: 独歩・つかまり歩き・杖・歩行器・車椅子・リクライニング車椅子								
	移動: 自立・見守り・軽介助・全介助			座位保持: 保持可能・背もたれ必要・不可能					
	意思疎通: できる・ある程度できる・できない			ムセの有無: 無・有(日常・食事中・食後)					
	うがい: できる・できない			頸部可動性: 十分・不十分・不可					
	開口保持: できる・ある程度できる・できない								
食形態	経口摂取(できる・できない) 常食・軟食・刻み食・とろみ刻み食・ミキサー食・半固形食(ゼリー食) 非経口: 胃ろう・経鼻・IVH(高カロリー輸液)								
医科主治医	(病院名)	(主治医名)			(TEL)				
◎現在の全身状態・既往歴									
1. 脳障害: 脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血・その他()									
2. 心・血管系疾患: 心筋梗塞・狭心症・高血圧(血圧 / mmHg) ペースメーカー使用									
3. 神経系疾患: パーキンソン病・認知症・てんかん・脳性麻痺・その他()									
4. 呼吸器系: 喘息・気管支炎・肺気腫・肺炎・その他()									
5. 代謝系疾患: 骨粗しょう症・糖尿病(血糖値 mg/dl ・ヘモグロビンHbA1c %)									
6. 自己免疫疾患: 関節リウマチ・ベーチェット病・その他()									
7. 外傷: 脳挫傷・頸椎損傷・脊椎損傷・その他()									
8. 精神疾患() 9. 腎疾患()									
10. 感染症: 無・有(B型肝炎・C型肝炎・梅毒・MRSA・その他())									
11. アレルギー: 無・有(薬品名・食べ物:)									
12. その他: ()									
※現在のからだの状態: 安定している・ほぼ安定している・不安定である									
ご希望の曜日	月	火	水	木	金	土			
時間	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後			

※ご提供頂いた情報は、連携医療機関への情報提供のみに使用し、厳重に取扱いいたします。

みやぎ訪問歯科相談室 FAX/022-225-4843 TEL/022-290-1510

◎服用している薬

※お薬手帳のコピーでも可

	薬 剤 名	薬 効
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

備考