

訪問歯科診療申込書（問診票）

申込日 年 月 日

患者氏名 <small>ふりがな</small>		性別	男・女	生年月日	M・T・S・H 年 月 日 歳
住所	(〒)		(TEL -)		
依頼氏名 <small>ふりがな</small>		続柄	本人・家族（同居・別居）・親類・ケアマネジャー 介護関係・病院関係・その他（)		
連絡方法	患者様宅・事業者様・その他の連絡先（)				
主な介護者		連絡可能な時間帯			
訪問場所	自宅・施設・病院・その他（)			駐会場	有・無（)
在宅療養になつた原因 (病名)	現在の医科等への入通院状況の確認 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（病院；)				
			医療機関・施設名	医師名	
通院が困難な理由	歩行困難・寝たきり・認知症 その他（)		主治医	(TEL -)	
医療保険	社会保険・国民健康保険・後期高齢者・生活保護・福祉手帳（身障・精神・療育） 級				
介護保険	認定なし・申請中（ 新規・更新・区分変更 ） 認定済み（ 要支援1・2、要介護1・2・3・4・5 ） 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日、認定日： 年 月 日				
担当ケアマネジャー	居宅介護支援事業所名			担当者氏名	
	(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				
どうしましたか？ 歯が痛い・歯ぐきが腫れた・歯がぐらぐらする 入れ歯があわない・入れ歯が壊れた・むせこむ その他（) 治療についてのご希望等 義歯； 有（使っている・使っていない）・ 無				かかりつけの歯科医院 または 最後に治療した歯科医院 有 ・ 無 ・ 不 明 歯科医院名； (TEL -) *継続治療が必要な場合、希望 する歯科医院がある時は記入 ()	
感染症	無・有（ HBS・ HCV・ Wa・ MRSA・ その他)				
アレルギー	無・有（食べ物； 薬； その他；)				

現在のお身体のご様子	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 上肢－右・左、下肢－右・左 ）	
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす（自操・介助） <input type="checkbox"/> リクライニング車いす <input type="checkbox"/> 装具 （詳細）	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 （詳細）	
	座位保持	<input type="checkbox"/> 支えなしで可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 背もたれが必要 <input type="checkbox"/> 不可能	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> できない	
	頸部可動性	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> 不可	
	開口保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> できない	
	うがい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	むせこみ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 日常・主に食事中・食後）	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可 形態（主食： 副食： ） 経管栄養（胃瘻・経鼻・IVH） （詳細）		
現病歴	* 現在お身体の状態は； 安定している・ ほぼ安定 ・ 不安定		
既往歴			
生活歴			
服用している薬 * 薬局で もらう薬 の情報書 や、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.			
* ご希望の曜日（月～金）・時間帯（AM・PM）がありましたらご記入ください。 介護サービス利用中の方はサービスの利用状況もご記入ください。（週間サービス計画書でも可）			