

訪問歯科診療申込書（問診票）①

申込日 年 月 日

フリガナ 患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日 歳
住所	(〒 -) (TEL)			
フリガナ 依頼人名	患者と依頼人の関係			
訪問日調整 お支払い等	ご連絡相手	連絡可能な時間 (TEL)		
訪問場所	自宅・施設・病院・その他 ()	駐車場	有・無	
在宅療養に なった原因 (病名)		かかりつけ (対診先)		
		医療機関・施設名 (TEL)		
通院困難な 理由	歩行困難・寝たきり・認知症 その他 ()	主治医名		
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	認定無し・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			
担当ケアマネージャー	居宅介護支援事業所名		担当者名	
	(TEL:)			
どうしましたか？				
痛い・歯ぐきが腫れた・歯がぐら 入れ歯が合わない・入れ歯が壊れた その他 (入れ歯 有 (使っている・使っていない) ・無 治療についてのご希望など ()				
感染症	無・有 (B肝・C肝・HIV・梅毒・MRSA・その他)			
アレルギー	無・有 ()			

訪問歯科診療申込書（問診票）②

申込日 年 月 日

現在のお身体のご様子	麻痺	☐ 無 ☐ 有（上肢：右・左 下肢：右・左）	
	移動	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす（自操・介助） ☐ リクライニング車いす ☐ 装具（詳細 ）	
	移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 （詳細 ）	
	座位保持	☐ 支え無し可 ☐ 支えあれば可 ☐ 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	
	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	
	うがい	☐ できる ☐ できない	
	むせこみ	☐ 無 ☐ 有（日常・主に食事中・食後）	
	食事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経口摂取不可 形態（主食： 副食： ） 経管栄養（胃婁・経鼻・IVH静脈内輸液）	
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			
お薬手帳コピーでも可	服用中のお薬	薬剤名	薬効