

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	令和 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)出欠している 4)入れ歯が壊れた・合わない・痛い・新しくしたい※いつから 月 日頃 5)口臭がある 6)口腔清掃ができない 7)その他			
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"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> がん ( ) <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <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		
	座位保持	1)可能 2)短時間可能( 分 ) 3)不可		
口腔状態	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 ・ 保険師 ・ 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 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	