

# 訪問歯科診療問診票

記入日平成 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
氏名	男・女	年 月 日 (才)
〒 (訪問先住所)		
電話番号	駐車場	有・無
〒 (ご家族の住所)		
ご家族の連絡先		続柄
介護度 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	集金方法	集金・振込
保険証の種類 国保・後期高齢者・社保・身障者・特定疾病・生活保護・その他( )		
歯科治療依頼内容		
歯科医院通院困難理由		
現病歴		
既往歴		
服用薬(薬アレルギー既往等ございましたらご記入下さい。)		
～障害の有無(有・無のどちらかに○印をして下さい)～		
● 意識や言動に混乱が見られますか？(せん妄状態)	有	無
● 目が覚めていて、状況の判断などが出来ますか？(意識障害)	有	無
● 感覚・運動機能の低下、喪失がありますか？(麻痺状態)	有	無
(部位 )		
● 視力の低下、喪失がありますか？(視覚障害)	有	無
● 聴力の低下、喪失がありますか？(聴覚障害)	有	無
● 飲み込みが上手く出来ない、むせることなどはありますか？(嚥下障害)	有	無
● 口が開きにくいですか？(開口障害)	有	無
● 持病・薬などで血が出やすい、止まりにくいなどありますか？(出血傾向)	有	無
● 感染症はありますか？	有 (疾病名)	無
● 可能な体位	座位	仰臥位(あお向け)・側臥位(横向け)
● コミュニケーション能力	有	無
主治医機関名	担当科	主治医名
※その他注意事項などがございましたらご記入下さい。		

担当ケアマネージャー：  
居宅介護支援事業所：

医療法人社団 東風会  
グレイスデンタルクリニック  
TEL・FAX 086-805-2576