

医療法人社団D&J 訪問歯科診療問診表

記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日	大正	昭和	平成	令和
お名前(患者)	男・女		年	月	日	()歳
ご住所	〒	電話番号	<input type="checkbox"/> ご本人() <input type="checkbox"/> 依頼者()			
依頼者氏名		続き柄	本人・家族・親族・ケアマネジャー・その他			
主な介護者		診察担当制の希望	あり ・ なし			

訪問場所	居宅 ・ 施設 ・ 病院 ・ その他()
歯科診療車が止められる駐車場はありますか	ある (場所:) ・ ない
連絡可能な時間帯	

あなたのお困りは	歯が痛い ・ 歯茎が痛い ・ 入れ歯が合わない ・ 入れ歯が壊れた 汚れが気になる ・ 口腔ケア ・ その他()
どの部位ですか	全体 右下 右上 左下 左上 上の前歯 下の前歯 その他()
痛みがある場合 どのような症状 ですか	何もしてなくても痛い 噛んだ時に痛い 口を開けるときに痛い しみる(冷たいもの 熱いもの 甘いもの) その他()
いつごろから ですか	今日 ()日前 ()ヶ月前 わからない

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・血液系: 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: パーキンソン病 ・ 認知症 ・ てんかん ・ 脳性麻痺 4.呼吸器系: 喘息 ・ 気管支炎 ・ 肺気腫 ・ 肺炎 ・ その他() 5.代謝系: 骨粗しょう症 ・ 糖尿病(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: B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ MRSA ・ その他()	なし
現在お薬は 飲んでいま すか?	はい(お薬の名前:) 本日お薬手帳をお持ちの方はご提示をお願いします。	なし
今までに入院する ような大きな病 気にかかったこ とはありますか	ある ()	なし
アレルギーはあ りますか	ラテックス : ある () 食べ物 : ある () 薬 : ある () アルコール : ある () 金属 : ある () その他 : ある ()	なし なし なし なし なし なし
最後に歯科医 院へかかったの は	()年前 ・ ()か月前 ・ 覚えていない 歯科医院名:	

裏面にも続いておりますのでご記入をお願い致します

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) ・ 申請中	
ケアマネジャー	事業所名: TEL:	担当者名: FAX:
医科主治医	病院名:	主治医:
障害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	
在宅療養になった原因(病名)		
身体機能	麻痺 : なし ・ あり(上肢 → 右 ・ 左 / 下肢 → 右 ・ 左)	
	移動 : 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 / 使用しているもの: 杖 ・ 歩行器 ・ 車いす	
	移乗 : 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	座位保持 : できる ・ 要背もたれ ・ できない
	意思疎通 : できる ・ ある程度できる ・ できない	うがい : できる ・ できない
	開口保持 : できる ・ ある程度できる ・ できない	むせの有無 : なし ・ あり(日常・食中・食後)
食形態	経口摂取(できる ・ できない)	できる場合 常食 ・ 軟食 ・ 刻み食 ・ ミキサー食 できない場合 胃ろう ・ 経鼻 ・ IVH(高カロリー輸液)
その他特記事項 (あれば)		

支払い方法 ご希望の方法に ○をお願いします	現金都度払い	診療に伺った際に前回分の診療費を現金で頂きます。
	月まとめて現金払い	月初めの診療の際に前月分の診療費をまとめて現金で頂きます。
	振込	指定していただいた住所へ請求書を送付させていただき 1か月分の診療費を振り込んでいただきます。 支払手数料は患者様負担となりますのでご了承ください。

詳しくはスタッフへお尋ねください。

医療法人社団D&J

ひらの歯科医院
新潟市西区坂井東3-27-8
TEL:025-211-8006 FAX:025-211-8007

入船みなと歯科
新潟市中央区附船町1-4092
TEL:025-378-1980 FAX:025-378-1982

新潟西歯科クリニック
新潟市西区新通2757-3
TEL:025-378-5302 FAX:025-378-5303