

訪問診療 問診票

お申し込み日 年 月 日 お申込者：本人 ・ 家族 ・ ケアマネジャー ・ その他

フリガナ					性別
氏名					男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日			TEL	() -
訪問先	〒				
請求書送り先	フリガナ			住所	〒
	氏名(続柄)				
	Tel	() -	世帯形態	独居・高齢者世帯・同居	
ケアマネジャー	事業所			Tel	() -
	氏名			FAX	() -
主訴					入れ歯
					有・無
					痛み
					有・無
通院困難な理由	心臓(心筋梗塞・心不全)・糖尿病・高血圧(/)・パーキンソン病 腎臓病(透析 有・無)・脳卒中(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血) 骨折(部位:)・関節リウマチ・変形症(腰椎・頸椎・膝関節・脊椎) 下肢機能低下・悪性腫瘍後遺症・脊椎損傷・多系統萎縮症・ALS 筋萎縮症・肺気腫・その他()				
アレルギー	薬()・食品()・麻酔薬()・その他()				
感染症	無・有()				
骨粗鬆症	服薬(有・無)・注射(有・無)				
認知症	(軽度・重度)アルツハイマー・レビー小体型・血管性				
四肢	移動(ADL): 杖あり・歩行介助必要・車椅子・移動不可能				
	移乗(ADL): 自身で可能・部分介助・全介助				
コミュニケーション	良好・やや不良・不良				
発語	分かる・なんとか分かる・分からない				
聴力障害	あり(右・左・両方)・なし				
視力障害	あり・なし				
麻痺	右半身・左半身・上肢・下肢				
歯磨き	自身で可能・介助有で可能・全介助	うがい	可・不可(むせる・飲んでしまう)		
食事内容	普通食・普通食(一口大)・刻み食・やわらか食・粥状・ソフト食・ペースト状				
経管栄養	無・有(胃ろう・経鼻)				
食事中のむせ	無・たまにあり・よくある	食事時間	15分・20分・30分・45分・1時間		
食事の姿勢	椅子・車椅子・ベット座位・寝たまま				
主治医	医院			科	氏名 先生
	住所			Tel	() -
	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	
時間帯	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	
理由					
日程調整のため、ご都合の悪い時間帯をご記入ください。(9:00-16:30デイサービスなど)					
駐車スペース 自宅前・自宅ガレージ・コインパーキング・その他					

すみよし訪問歯科
(事業所番号: 3630135188)

TEL: 088-624-8936
FAX: 088-624-8937