伊勢地区歯科医師会 歯科訪問診療問診票（自宅用）

申込者　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　TEL（　　）　　－

　　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX（　　）　　－

<table>
<tr><td colspan="2">申込年月日</td><td colspan="2">平成　　年　　月　　日</td><td>受診者との関係</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">訪問先</td><td>フリガナ
氏　名</td><td colspan="3"></td><td colspan="5">町　丁目　番　号</td></tr>
<tr><td>性　別</td><td>男　・　女</td><td>生年月日</td><td colspan="2">M・T・S
年　月　日（　歳）</td><td colspan="3">TEL
（　　）　－</td></tr>
<tr><td>保険種別</td><td colspan="3">国　保　・　社　保　・　未加入</td><td rowspan="2">介護者</td><td rowspan="2">有・無</td><td>続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>介護保険</td><td>有　・　無</td><td>駐車場</td><td>有　・　無</td><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">申込の理由</td><td colspan="7">1.　歯の痛みがある　　2.　歯ぐきがはれている
3.　入れ歯が合わない　　4.　入れ歯をつくりたい
5.　その他（　　）
＊具体的に記載（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">かかりつけの歯科医院</td><td colspan="7">有（歯科医院名　　）　・　無</td></tr>
<tr><td rowspan="2">口腔状態</td><td>口腔機能</td><td colspan="3">食事様式（自力　・　部分介助　・　全面介助）</td><td colspan="4">食事内容（　普通　・　流動食　・　胃ろう　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">うがいができるか（可・否）</td><td colspan="2">口腔ケア（希望する　・希望しない）</td><td colspan="3">その他（　　）</td></tr>
<tr><td></td><td>口腔清掃</td><td colspan="7">清掃状況（　毎日　・　時々　・　しない　）
いつ　（　朝　・　寝る前　・　毎食後　・　その他　）
誰が　（　本人　・　介護者　・　その他　）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">全身状態</td><td>現　症</td><td colspan="7">無　・　有　（高血圧　・　糖尿病　・　腎臓病　・　心臓病　・　肝炎（A・B・C）・　認知症　・
脳血管障害　・　骨粗しょう症　・その他　）</td></tr>
<tr><td>寝たきりの原因</td><td colspan="7">脳血管障害　・　心疾患　・　骨や関節の疾患　・　リウマチ　・　外傷　・　骨折
その他（　　）　発病時期　　年　　月頃</td></tr>
<tr><td>臥床状況</td><td colspan="7">寝たきり
坐位ができる　　分くらい</td></tr>
<tr><td>治療体位</td><td colspan="7">ベッド　・　（車）いす　・　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>意志の疎通</td><td colspan="7">可　・　不可</td></tr>
<tr><td colspan="2">主　治　医
（医　科）</td><td colspan="7">・医（病）院名　　・主治医名
・診療科名　　・電話番号
・所在地</td></tr>
</table>

※個人情報記載の為、FAX 番号を間違えないようにお願いいたします。

一社）伊勢地区歯科医師会　FAX　（０５９６）２７－３８３３