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（　　）　　－

申込年月日		令和　　年　　月　　日			受診者との関係			
訪問先	フリガナ				町　丁目　番　号			
	氏　名							
	性　別	男　・　女	生年月日		M・T・S・R 年　月　日（　歳）	TEL （　　）　－		
	保険種別	国　保　・　社　保　・　未加入			介護者	有・無	続柄	
	介護保険	有　・　無	駐車場	有　・　無			氏名	
申込の理由		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（　　）						
かかりつけの歯科医院		有（歯科医院名　　）　・　無						
口腔状態	口腔機能	食事様式（ 自力 ・ 部分介助 ・ 全面介助 ）			食事内容 （ 普通 ・ 流動食 ・ 胃ろう ）			
		うがいができるか （ 可・否 ）	口腔ケア（ 希望する ・希望しない）		その他（　　）			
	口腔清掃	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　　）						
全身状態	現　症	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　　）						
	寝たきりの原因	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						
	臥床状況	寝たきり 坐位ができる　　分くらい						
	治療体位	ベッド ・ （車）いす ・ その他（　　）						
	意志の疎通	可 ・ 不可						
主治医（医科）		・医（病）院名　　・主治医名 ・診療科名　　・電話番号 ・所在地						

※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