伊勢地区歯科医師会　歯科訪問診療問診票（施設・病院用）

申込者　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　TEL（　　）　　－

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX（　　）　　－

申込年月日	平成　　年　　月　　日			受診者との関係			
訪問先	フリガナ			町　丁目　番　号			
	氏　名			施設・病院名	（　　号室）		
	性　別	男・女	生年月日	M・T・S 年　月　日（　歳）	TEL （　　）　－		
	保険種別	国保・社保・未加入		担当者	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