はせがわ歯科　訪問歯科治療　問診票

申込日　　年　　月　　日

ふりがな								性別	
患者氏名								男　　女	
生年月日	明治　／　大正　／　昭和　　年　　月　　日　　才								
住所	〒（　　ー　　）								
同居の家族	無　／　有　名前（　　）　続柄（　　）								
電話番号			駐車場	有　／　無　／　その他（　　）					
保険証	後期高齢　／　前期高齢　／　生保　／　マル障　／　その他（　　）								
介護保険証	有／無	要支援	1　2	要介護	1　2　3　4　5				
現在および過去の病気	有／無	心臓病　肝炎（A型　B型　C型）　糖尿病（インシュリン　有／無）							
		心筋梗塞　肝臓　認知症　その他（　　）							
通院困難な理由	脳疾患（脳梗塞　脳卒中　くも膜下出血）　骨折（腰椎　大腿骨　膝関節）								
	変型症（腰椎症　関節症　膝関節症）　関節リウマチ（上肢　下肢）機能全廃								
	筋萎縮症　パーキンソン症　悪性腫瘍　認知症　その他（　　）								

口腔内の状態	全身の状態	
□ 歯が痛い	臥床状況	寝たきり　／　寝たり起きたり
□ 歯ぐきが痛い	移動動作	全介助　／　部分介助　／　自身で可能
□ 歯がぐらぐらしている	聴力障害	有　／　無
□ 口腔ケア希望	言語障害	有　／　無
□ 入れ歯が合わない（上　下）	認知障害	有　／　無
□ その他　（　　）	意思表示	可能　／　困難

依頼者	名前　　（ケアマネージャー　本人　家族）
	連絡先
担当ケアマネージャー	名前
	事業所名　　TEL

★訪問日程のご相談のため担当者よりご連絡させていただきます。その際にご連絡させていただく方を教えてください

依頼者　ケアマネージャー　家族　その他（　　）

はせがわ歯科　沼津市三枚橋日ノ出町383-8　TEL＆FAX055-923-8100