

訪問診療申込書 問診票

申し込み日 平成 年 月 日

ふりがな 明・大
氏名 男・女 昭・平 年 月 日 歳

住所： 電話番号

入所中の方は、下の欄に入所先の名称をご記入ください。

連絡をとられる方の氏名： 関係：

緊急時の連絡先：

1) 訪問を希望された主な理由はなんですか？(例：歯が痛い・入れ歯が合わない 等)

2) 現在の全身状態・疾患等、既往歴まで詳しくご記入ください。

3) 感染症の有無 ・有(感染症名：)・無 ・不明

※ 感染症の有無に限らず必ずご記入ください。

4) 薬の服用の有無 ・有(お薬手帳の写しを添付してください) ・無

5) 意思の疎通 ・完全に通じる ・ある程度通じる ・ほとんど通じない

6) 移動・動作状況 ・自立 ・部分介助 ・全面介助

7) 臥床状況 ・寝たきり ・寝たきりおきたり(座位できる時間 分程度)

8) 寝たきりの原因 ()

9) 不自由なところ 手 ・ 脚 ・ 目 ・ 耳 ・ 言語 ・ その他()

10) 口腔機能 食事様式 (自力 ・ 部分介助 ・ 全面介助)

食事形態 (普通食 ・ 軟食 ・ 流動食 ・ 経口摂取なし)

うがい (可 ・ 否)

むせることがよくある (ある ・ 時々 ・ なし)

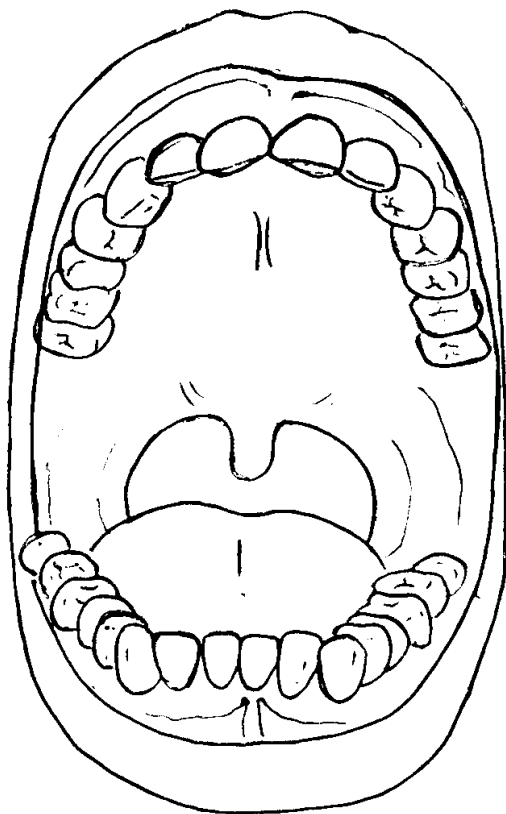
11) 口の清掃状況 誰が行っていますか (本人 ・ 介護者 ・ その他)

申し込み理由

状態： 入れ歯が合わない ・ 入れ歯を入れたい ・ 痛みがある ・ 腫れている
物がかめない ・ その他

いつ頃から：

○で囲い症状をご記入ください。



その他、何かご希望がありましたらご記入ください。