

訪問診療問診表

木下歯科医院

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	年齢	電話番号
患者氏名				
住所				
依頼内容	治療・口腔ケア・検診			
主訴(現在気になっているお口の中の症状)				
通院困難な理由・事情(病気の経歴・現在服用しているお薬など)				
※感染症 有()・無 ※通院 有・無 ・訪問診療				
歩行状態	寝たきり(座位 可能・不可能)・車椅子・自力歩行			
希望曜日等	月・火・水・木・金・土 (午前 午後 時～ 時頃)			
入所先	病院()・施設()・居宅			
ケアマネージャー様	お名前	事業所名	電話番号	FAX 番号
駐車スペース 有・無	訪問診療を知ったきっかけ			
備考				

口腔ケア(歯磨き)の状況	義歯の使用状況
治療内容に対するご希望など(応急処置的に痛みを取るだけで良いのか?可能な限り改善させるか)	
記入者氏名	患者さんご本人との続柄