

# 訪 問 歯 科 依 頼 書

記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日	M. T. S. H.	年	月	日	歳
患者様氏名	男女						
住 所						同居人	有 ・ 無
T E L			駐 車 場	無 ・ 有 ( )			
介護保険	要支援 1. 2.		要介護 1. 2. 3. 4. 5.		【○を付けて下さい】		
保険の種類	1.国保 2.社保 3.生保 4.障 5.後期高齢 6.高齢受給者		【○を付けて下さい】				
1.マイナンバーカード(保険証紐付け)		2.医療資格確認書		【○を付けて下さい】			

## 1. どうしましたか 【○を付けて下さい】

- ・歯の部 1. 虫歯の治療をしたい 2. 歯が痛い 3. 歯が動く 4. 歯が抜けた  
5. 詰め物が取れた 6. 歯茎から血が出る 7. 歯茎が腫れた
- ・義歯の部 1. 義歯を作りたい 2. 義歯があわない(調整したい)  
3. 義歯が壊れた( 金具が取れた ・ 割れた ・ 歯が取れた )
- ・その他 1. 検診希望 等 ( )

## 2. 現在食事は摂れますか

- 1.摂れる 2.柔らかい物なら摂れる 3.ほとんど摂れない 4.その他 ( )

## 3. 現在治療中、または過去にかかったことがある病気 【○を付けて下さい】

1. 脳血管疾患 ( 脳梗塞後遺症 ・ 脳内出血 ・ 脳血栓 ・ 多発性脳梗塞 )  
2. 心臓疾患 ( 心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 不整脈 ) 3. 糖尿病 4. リウマチ  
5. 肝臓疾患 6.肺炎 7.高血圧 8.パーキンソン病  
9. その他 ( )

## 4. 感染症の有無 【○を付けて下さい】

- 無 有: 1. A ・ B ・ C 肝炎 2. HIV 3. 結核 4. 梅毒  
5. その他 ( )

## 5. 薬服用の有無

- 無 有: ( ) ( ) ( ) ( )

## 6. かかりつけ病院

1. 病院名 : 科 : 往診 ・ 通院  
2. 病院名 : 科 : 往診 ・ 通院

## 7. 訪問介護 ・ 訪問看護 ・ デイサービス等ご利用の為、都合の悪い曜日・時間

- 訪問介護 : 曜日 時～ 時頃迄  
訪問看護 : 曜日 時～ 時頃迄  
デイサービス : 曜日 時～ 時頃迄  
その他 ( ) 曜日 時～ 時頃迄

ご紹介事業所様名	TEL・FAX
ご依頼者様氏名 (ご担当者様)	□ご家族 □相談員 □ケアマネ □他 ※該当する項目に☑チェックして下さい
備考	

【この問診票は当法人で定めた使用目的の範囲内にて利用致します】