

# 訪 問 歯 科 依 頼 書

記入日 年 月 日

ふりがな				M. T. S. H.	年	月	日
患者様氏名	男 女	生年月日					歳
住所							
TEL			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. 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 ( )

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. 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

6. 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

ご依頼者様氏名	ご紹介事業所様名
TEL	FAX
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】