

訪問診療問診表

年 月 日

フリガナ 氏 名	大・昭・平		男 ・ 女	申込者氏名 続柄
住 所 施設名	〒 連絡先			
病 名	1.脳卒中(くも膜下出血 脳内出血 脳梗塞) 2.心疾患 3.腎臓疾患 4.骨・関節疾患(骨折 リウマチ その他) 5.肝臓疾患 6.呼吸器疾患 7.難病(パーキンソン病 その他) 8.B型肝炎 C型肝炎 9.認知症 10.高血圧 11.糖尿病 12.その他 発症時期 年 月頃 服用中のくすり			
ADLの状況	1.移動(自立・一部介助・全介助) 2.食事(自立・一部介助・全介助) 3.排泄(自立・一部介助・全介助) 4.咀嚼嚥下障害(有・無) 5.口腔清掃(自立・一部介助・全介助) 6.車いす・寝たきり			
食事の状況	1.経口摂取(普通食・軟食 きざみ食・ミキサー食・ゼリー食) 2.経管栄養(胃ろう・腸ろう・経鼻)			
歯科的主訴	1.口腔ケア 2.誤嚥性肺炎の予防・機能訓練 3.歯肉の腫れ・出血 4.歯が痛い 5.入れ歯が合わない 6.詰めもの・かぶせものがはずれた 7.その他 右上 前上 左上 右下 前下 左下			
保険の種類	国保・社保・後期高齢・生保 身障の有・無 要介護 1 2 3 4 5			
ケアマネジャー	事業所名 所在地 担当者名 連絡先			
医科主治医	事業所名 所在地 担当者名 連絡先			
備考(患者さんの気になる点、注意点や要望等)				