

往診申込書・問診票

平成 年 月 日

申込者	住所	〒			
	氏名			受診者との続柄	
受診者	住所	〒			
	フリガナ氏名			生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	性別	男 ・ 女			
主な介護者氏名		続柄		身障手帳	有 ・ 無
申込み理由		<p>○ 状態</p> <p>1) 入れ歯があわない 2) 入れ歯を作りたい</p> <p>3) 痛みがある 4) はれている 5) 物がよく噛めない</p> <p>6) その他 ()</p> <p>○ いつから (日頃から)</p> <p>○ 症状のあるところ</p> <p>(上の前歯、左・右奥歯、 下の前歯、左・右奥歯)</p>			
歯科治療の希望		本人 ・ 家族 ・ その他 ()			
かかりつけの歯科医院名		歯科医院 TEL:()			
いままでの歯科治療経験		<p>1) 気分が悪くなった 2) 血が止まりにくかった</p> <p>3) 薬物アレルギーが出た 4) その他 ()</p>			
周辺道路状況		○ 車の横付け可能 ○ m位離れたところに駐車可能			

口の 状態	機能	<p>○ 食事様式 (自力 ・ 部分介助 ・ 全面介助)</p> <p>○ 食事内容 (普通食 ・ 軟食 ・ 流動食)</p> <p>○ うがいができるか (可 ・ 否)</p> <p>○ 食事中にむせることがあるか (ある ・ ない)</p>	
	口の清掃	<p>○ 清掃状況 (毎日 ・ 時々 ・ しない)</p> <p>○ いつ (朝 ・ 食後 ・ 寝る前 ・ その他)</p> <p>○ 誰が (本人 ・ 介護者 ・ その他)</p>	
	歯の状態	<p>○ 残存歯がありますか 有 ・ 無</p> <p>○ 入れ歯がありますか 有 ・ 無</p> <p>(使用している 使用していない)</p>	
全身 の 状態	寝たきり原因	脳血管障害 ・ 心疾患 ・ 骨関節疾患 ・ 骨折 ・ リウマチ ・ 老衰 ・ 痴呆 その他()(発病 年 月頃)	
	合併症		
	既往症	高血圧症 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ その他()	
	常用薬	有 ・ 無 (薬名)	
	臥床状況	○ 寝たきり(寝たきりになった時期: 年 月頃)	
		○ 寝たり、起きたり(坐居できる時間: 分程度)	
	移動・動作状況	1) 自立 2) 部分介助 3) 全面介助	
意志疎通	1) 完全に通じる 2) ある程度通じる 3) 殆ど通じない		
不自由なところ	1) 手 2) 足 3) 目 4) 耳 5) 言語		
保険者番号		公費負担者番号	
被保険者証 被保険者手帳		公費負担医療 の受給者番号	
有効期限	平成 年 月 日	事業所 (所在地・名称 ・電話)	
被保険者 氏名		保 險 者 (所在地・名称 ・電話)	
資格取得	昭和・平成 年 月 日		
被保険者との続柄			
備考			