

歯科訪問診療に向けた聞き取り項目リスト

| | | | |
|---------------------|--|--------|-----------------------------|
| ふりがな 申込者氏名 | | 患者との続柄 | |
| ふりがな 患者氏名 | | | |
| 患者住所 | 自宅 | | TEL |
| 施設名 | (病院・施設) | | TEL |
| | (施設区分： | |) |
| 歯科的主訴 | 1. 歯が痛い 2. 歯が動く 3. 歯ぐきが腫れた 4. 歯ぐきから血が出る 5. 入れ歯を入れたい 6. 入れ歯が合わない 7. むし歯の治療希望 8. その他 () | | |
| 現在の身体状況 | 寝たきり・車いす・つえ歩行・長時間の歩行不可・自立歩行 | | |
| 訪問先 | 在宅・病院・施設・その他 () | | 駐車場 (有・無) |
| 現在の全身の状態 (現病歴) | | | |
| 保険の種類 | 国保・社保・後期高齢者・生保 | 身障者手帳 | 有 (種 級) ・ 無 |
| 要介護度 | 自立・要支援 () ・ 要介護 () | | |
| ケアマネージャー | | (事業所名 | TEL) |
| | | | (FAX) |
| 主治医 | | (病院名 | TEL) |