

## 訪問診療 事前問診票

受付日 20 年 月 日 ☆予約日時 20 年 月 日( ) : ~

<b>依頼者情報</b>	ふりがな		<b>続柄</b>	本人 / 配偶者 / 父 / 母 / 子 / 兄弟 / 孫 / 同居人 / その他( )
	氏名			
	住所	〒 -		
	TEL	自宅: - -	携帯: - -	

新規患者 / 既存患者(カルテNo. )

<b>患者情報</b>	ふりがな		<b>性別</b>	男	<b>生年月日</b>	大正・昭和・平成・令和
	氏名			女		年月日
	自宅住所	〒 -				
	入所先住所	〒 -				
	TEL	自宅: - -	携帯: - -			

<b>①通院が困難な理由</b>	<input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 自宅療養中 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 移動困難 <input type="checkbox"/> その他( )
<b>②歩行状態</b>	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 準寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 短時間歩行可能 <input type="checkbox"/> 屋内歩行可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能(自力・介助有) その他( )
<b>③主訴 (現在気になっている お口の中の症状)</b>	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> クリーニング <input type="checkbox"/> 痛い(歯・歯茎・顎・舌・唇・口内炎) <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 膿んでいる <input type="checkbox"/> 出血している <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> 義歯(痛い・合わない・割れた・壊れた・新しくしたい) <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> その他( )
<b>④病状・病歴</b>	<input type="checkbox"/> 高血圧(血圧 / mmhg) <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 泌尿器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患(食道、胃、小腸、大腸) <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 白血病 <input type="checkbox"/> 肝炎(B・C) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 大きな外科手術 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> アレルギー(薬・金属・食物・その他 ) <input type="checkbox"/> その他( )

⑤感染症有・無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名: _____ )				
⑥現在処方されている薬	<input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬 <input type="checkbox"/> 血糖値を下げる薬 <input type="checkbox"/> コレステロールを下げる <input type="checkbox"/> 血液をサラサラにする薬 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の薬 <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
⑦通院、往診、入院の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(通院 往診 入院)				
⑧保険証の種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 前期高齢者 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 障害者				
⑨介護保険の有無 (介護度)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(要支援 1・2・3 / 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中				
ふりがな			事業所 名		
⑩ケアマネージャーの 氏名					
事業所住所	〒 _____ - _____				
事業所 TEL	_____ - _____				
⑪現在利用している 介護サービスの週間スケジュール					
⑫訪問の希望日時	月	火	水	木	土
⑬駐車スペースの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(場所: _____ )				
⑭今後の連絡方法	連絡者( _____ ) 連絡先( _____ ) 時間帯( _____ )				
⑮連絡事項					
⑯サービスを 知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 当院内掲示 <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> はがき <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
⑰患者情報	<input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> ペースメーカー使用 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 退院まもない <input type="checkbox"/> その他( _____ )				