

# 訪問診療 事前問診票

受付日 20 年 月 日 ☆予約日時 20 年 月 日( ) : ~

依頼者情報	ふりがな		続柄	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. )

患者情報	ふりがな		性別	男	生年	大正・昭和・平成・令和	
	氏名			女	月日	年 月 日 ( 歳)	
	自宅住所	〒 -					
	入所先住所	〒 -					
	TEL	自宅: - - -	携帯: - - -				

①通院が困難な理由	<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( )
②歩行状態	<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( )
③主訴 (現在気になっているお口の中の症状)	<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( )
④病状・病歴	<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( )

<b>⑤感染症有・無</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名: )				
<b>⑥現在処方されている薬</b>	<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( )				
<b>⑦通院、往診、入院の有無</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(通院 往診 入院)				
<b>⑧保険証の種類</b>	<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				
<b>⑨介護保険の有無 (介護度)</b>	<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			<b>事業所 名</b>		
<b>⑩ケアマネージャーの 氏名</b>					
<b>事業所住所</b>	〒 -				
<b>事業所 TEL</b>	- -				
<b>⑪現在利用している 介護サービスの週間スケジュール</b>					
<b>⑫訪問の希望日時</b>	月	火	水	木	土
<b>⑬駐車スペースの有無</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(場所: )				
<b>⑭今後の連絡方法</b>	連絡者( ) 連絡先( ) 時間帯( )				
<b>⑮連絡事項</b>					
<b>⑯サービスを 知ったきっかけ</b>	<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 その他( )				
<b>⑰患者情報</b>	<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( )				

**FAX 048-837-8461**