



## 問診票（歯科訪問診療用）

本日は松永クリニック歯科にご来院いただき誠にありがとうございます。

より正確な診断のもとに、安心安全な治療を提供させていただくため、お手数ですが以下の質問にお答えください。

なお、この問診票も当院のプライバシーポリシーに基づく個人情報保護の対象であり、情報が外部に公開されることはありません。

[記入日] 平成 年 月 日

依頼者	様 ( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護職員・病院 )				
(ふりがな) 氏名	( ) 様	性別	男・女	生年月日	明治・大正 昭和 年 月 日 年齢 歳
住所					
自宅電話 (携帯電話)	( )	メールアドレス			
当院からの連絡先	自宅・携帯・メール		予約確認メール	可・不可	

該当する項目に  をつけてご回答ください。

1 医科主治医： 病院・医院 科 先生 電話( )

2 保険証：  国保・社保  後期高齢  福祉  障害者  生保  介護

3 要介護度：  自立  要支援( )  要介護( )

4 ケアマネージャー：氏名( ) 事業所名( ) 事業所番号( )  
電話( ) FAX( )

5 摂食状況：  普通食  全粥  軟菜  きざみ食  ゼリー食  ミキサー食  経管栄養

6 摂食方法：  自立  一部介助  全介助

7 水分摂取：  そのまま  ストローを使用  とろみ剤使用

8 入れ歯の使用状況：  なし [入れ歯を使用]  上  下 [使用時]  常時  食事時のみ

9 どうなさいましたか？(複数回答可)

歯が痛い  歯ぐきが痛い  歯がグラグラする  歯がしみる(温・冷)  歯に穴があいた

歯ぐきから血が出る  被せ物や詰め物が取れた  治療が必要な歯があると思う

口臭が気になる  歯石を取りたい  飲み込みが悪い、むせる

口の中全体の検診をしたい  口腔ケアをしてほしい

入れ歯(壊れた・外れる・痛い・噛めない・作りたい)

その他( )

10 いつから症状がありますか？

今日  前から( )日・週・月・年

その他( )例：転んでぶつけてから

**11 過去にお薬で異常が出たことはありますか？**

- 今は薬になった  少し痛い  とても痛い

**12 過去にお薬で異常が出たことはありますか？**

- ある(薬の名前： ) 症状： )  
 なし

**13 現在飲まれているお薬はありますか？**

- ある( ) ※お薬手帳があればご提示ください。  
 抗凝固剤(ワーファリン)  抗血小板剤(パナルジン・バイアスピリン)  
 骨粗鬆症薬  ビスフォスフォネート製剤  
 なし

**14 以下の病気にかかれたことはありますか？(現在、治療中も含む)**

- 前回受診時( )月から変更なし  
 心臓病  肝臓病  腎臓病  悪性腫瘍・ガン  脳梗塞  血液疾患  
 糖尿病(HbA1C: )  高血圧( / )  
 甲状腺疾患  リウマチ  ウィルス性肝炎B・C  HIV  梅毒  
 貧血  骨粗鬆症(お薬名: )  
 ぜんそく  金属アレルギー  
 その他(病名: )  
 なし

**15 アレルギーはありますか？**

- ある(食べ物: お薬: 金属: その他: )  
 なし

**16 歯磨き・口腔ケア：**  本人  家族  病院(1日に1回・2回・3回・なし)

**17 デイサービス：**月・火・水・木・金・土 ( : ~ : )

**18 ご都合の悪い時間 ( )**

**19 その他、ご要望**

- その他( )

**20 当院を何でお知りになりましたか？(任意)**

- 紹介(ご紹介者さまのお名前: )  インターネット  看板  タウン誌  
 松永クリニック耳鼻科・皮膚科から

協力いただき誠にありがとうございました。ご記入いただいた情報をもとに、より体に優しい、安全な治療を提供できますようスタッフ一同努力してまいります。本用紙は、ご自宅に伺いました担当医にお渡しいただくか、事前に **FAX 052-768-4419** に送信していただければ幸いです。

松永クリニック歯科 院長 松永 祐貴