

# 問診票（訪問診療）

この問診票は患者様の症状や状況に合わせて最良の治療をご提供するための大切な参考資料です。できるだけ正確にご記入ください。

カルテ番号 \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

<b>申込者</b>	ふりがな お名前： _____	男 女	受診者との関係（ _____ ）
ご住所： 〒 _____			
電 話： _____	つながりやすい時間帯 （ _____ ）時～（ _____ ）時頃	申込者以外の方の 緊急連絡先： _____	受診者との 関係： _____
申込されたきっかけ：建物、看板を見て・ホームページ・チラシ・パンフレット・知人・ご紹介（紹介者名： _____）・その他（ _____ ）			

<b>受診者</b>	ふりがな お名前： _____	男 女	生年月日：大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ ）歳
ご住所： 〒 _____ 自宅・施設・病院・その他			
介護保険認定：申請中／要支援 1・2／要介護 1・2・3・4・5		保険の種類：1.国保 2.社保 3.その他（生保等）	
訪問希望日時： _____			後期高齢者：有・無
			駐車スペース：有・無

<b>【申込み理由（主訴）】</b>
●どうされましたか？ <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている <input type="checkbox"/> 出血している <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた・合わない・痛い・新しくしたい <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 口腔清掃ができない <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> その他・具体的に（ _____ ）
●いつから症状がありますか？ <input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨夜 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> （ _____ ）日前 <input type="checkbox"/> （ _____ ）ヶ月前
●症状がある場所 左上   前上   右上 左下   前下   右下

<b>【通院困難な症状と理由】</b>
<input type="checkbox"/> 自立歩行困難（脳梗塞後遺症、先天性脳性麻痺など） <input type="checkbox"/> 自立通院困難（認知症、精神疾患など） <input type="checkbox"/> その他・具体的に（ _____ ）

<b>【訪問状況】</b>
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 （ <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他（ _____ ））

<b>【介護者】</b>
名前 _____ TEL _____
続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護・病院関係者 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

<b>【主治医】</b>
医院名 _____ 主治医名 _____ TEL _____

<b>【ケアマネージャー】</b>
所属先 _____ 氏名 _____ TEL _____

<b>【既往歴】</b>
●感染症にかかっていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（ _____ ）
●現在飲んでいる薬はありますか？ <input type="checkbox"/> 有（薬名： _____） <input type="checkbox"/> 無
●お身体の状態についてお聞きします。 あてはまるものを全てお選びください。 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> がん（ _____ ） <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
●特記事項
●アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 （ <input type="checkbox"/> 薬（ _____ ） <input type="checkbox"/> 食物（ _____ ） <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ））
●薬による副作用が出たことはありますか？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 （有の場合： _____）

<b>【全身状態】</b>
●仰臥状況 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 準寝たきり <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
●移動状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
●意思の疎通 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> やや可能 <input type="checkbox"/> 不可能
●座位保持 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 短時間可能（ _____ ）分 <input type="checkbox"/> 不可

<b>【口腔状態】</b>	
●食事様式 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	●うがい <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
●食事形態 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 胃ろう	

ご記入ありがとうございました。