

問診票（往診用）

記入日 令和 年 月 日

ふりがな 氏名		男 ・ 女	住所	〒	
生年月日	明・大・昭 年 月 日（ 歳）		電話番号	（ 自 宅 ）	- -
				（携帯か緊急連絡先）	- -
				（ F A X 番号 ）	- -

担当の ケアマネージャー	（事業所名）	（担当者名）	（電話番号）	- -
			（ F A X 番号）	- -
主訴（現在気になっているお口の症状）				
通院困難な理由 （病気の経歴など）				
かかりつけ医	（病院名）	（担当医名）	（電話番号）	- -
			（ F A X 番号）	- -
全身疾患	高血圧症（ / ） ・ 脳梗塞（ 麻痺側→左 ・ 右 ） ・ 肝臓病 腎臓病 ・ 糖尿病（ 血糖値 ） ・ 肝炎（ A肝/B肝/C肝 ） ・ 心臓病 その他（ ）			
服用中のお薬	（薬名）			
歩行・動作状況	自立 ・ 一部介助が必要 ・ 全面的介助が必要 ・ 寝たきり →車椅子の使用（ 有 ・ 無 ） 座位（ 可 ・ 不可 ）			
意思の疎通	完全に通じる ・ 介護者の協力があればある程度通じる ・ ほとんど通じない 聞こえる ・ 大きな声であれば聞こえる ・ 聞こえない			
不自由なところ	手 ・ 足 ・ 目 ・ 耳 ・ 言語			
食事内容	普通食 ・ 軟食 ・ 流動食 →嚥下障害（ 有 ・ 無 ）			
お口の清掃	清掃状況（ 毎日 ・ 時々 ・ しない ） いつ（ 朝 ・ 食後 ・ 寝る前 ・ その他 ） 誰が（ 本人 ・ 介護者 ・ その他 ） うがいは（ できる ・ できない ）			
歯の状態	残存歯（ご自分の歯）は（ 有 ・ 無 ） 入れ歯は（ 有 ・ 無 ・ 有るが使用していない ）			
ご連絡事項				