カルテNo.　　　　　　　受付日　　　年　　月　　日

**訪問歯科診療問診票**

当医院は、あなたの健康状態を知り、安全な歯科治療に努めたいと考えています。ご要望にお応えしたいと思いますので、下記質問へのご回答をお願いいたします。

**◯お口の中について**

いかがされましたか？

 □歯が痛い □虫歯がある □親知らずが痛い □あごが痛い □舌が痛い □歯がしみる

 □お口の臭いが気になる □歯ぐきから血が出る □歯ぐきが腫れた □歯がぐらつく

 □口の中に何かできた □詰め物が取れた □入れ歯が壊れた □入れ歯を作りたい

 □歯を入れてもらいたい □お口の掃除ができない

 □その他（ ）

**◯おからだの病気について**

□脳血管疾患　□がん（　　　　　 ）□心疾患　□認知症　□糖尿病　□パーキンソン　□高血圧

□精神疾患（　　　　　　　　）□その他（ ）

感染症の有無　□有（　　　　　　　　　）□無

**◯おからだの機能、お口の状態について**

仰臥状態 □寝たきり □準寝たきり □その他

麻痺 □無 □有（上肢→□右　□左 下肢→□右　□左）

移動状況 □独歩 □つかまり歩き □杖 □歩行器 □車椅子 □リクライニング車椅子

 □自立 □一部介助 □全介助

移乗 □自立 □一部介助 □全介助

意思の疎通 □可能 □不可

座位保持 □可能 □短時間可能（　　）分 □背もたれ必要 □不可

食事様式 □自力 □部分介助 □全介助

うがい □可能 □不可

むせ □無 □有（□日常　□食事中　□食後）

食事形態 □常食 □軟食 □刻み食 □とろみ刻み食 □ミキサー食 □半固形食（ゼリー食）

 □胃ろう □経鼻 □I V H（高カロリー輸液）

口腔清掃 □毎日 □時々 □していない

義歯装着 □無 □有

**◯お薬・治療状況について**

現在服用中の薬剤はありますか？　□ 無　□ 有／（□ お薬手帳　□ お薬）を持っている

①服用中の薬剤がある方は名前を教えてください。何の薬か記載していただけるとありがたいです。

（ ）

②ペースメーカまたは埋め込み式除細動器がありますか？　□はい　□いいえ

**◯おからだの状態について**

①歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ □はい　□いいえ

②けがをした時に血が止まりにくかったことがありますか？ □はい　□いいえ

③薬のアレルギーはありますか？ □はい　□可能性・疑いあり　□いいえ

 何のお薬ですか？( ）