

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しますので、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 IVH (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くとありがたいです。

(_____)

②ペースメーカー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？(_____)