

問診票 兼 同意書

(〇〇歯科クリニック)

平成 年 月 日

ご本人同意署名

代筆者

(代筆の場合のみ)

問診記入者

主訴：

全身状態 : 主な訪問理由 () ☐別紙記載

: 既往歴 (年 月頃
年 月頃
年 月頃)

☐別紙記載

: 感染症 (☐C 肝 ☐B 肝 ☐W (梅毒) ☐MRSA ☐疥癬
☐その他)

: ADL (☐杖有り ☐歩行介助要 ☐車いす ☐移動不可能)

: 体幹支持 (☐歩行可 ☐座位 ☐腰痛有り ☐仰臥位
☐ベッド傾斜変更不可 ☐備考)

: 麻痺 (☐右半身 ☐左半身 ☐上肢 ☐下肢)

: 開口保持 (☐可能 ☐困難 ☐不可)

: 精神情緒障害 (☐認知症 ☐アルツハイマー ☐情緒不安定有り
☐備考)

: コミュニケーション (☐良 ☐少し不良 ☐不良
☐備考)

: 聴力障害 (☐有り 右/左/左右 ☐なし)

: 視力障害 (☐有り ☐なし)

摂食嚥下 : 摂取方法 (☐経口 ☐経口と経管 ☐経管栄養)

: 食形態 (☐常食 ☐軟菜食 ☐刻み食 ☐ミキサー食
☐流動食 ☐ゼリー ☐その他)

: 食事姿勢 (☐食卓に座って ☐ベッド座位 ☐寝たまま)

: 義歯の使用状況 (☐なし ☐あり
☐備考)

自立度 : 歯磨き (☐自分でできる ☐介助有りで可 ☐不可)

うがい (☐自分でできる ☐介助有りで可 ☐不可)

義歯着脱 (☐自分でできる ☐介助有りで可 ☐不可)

その他 :