

施設名		病棟	(号)	連絡者	
フリガナ			M・T・S・H		
名前		生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男・女
住所				電話	
保険証	国保・社本・社家・後期高齢者・生保・(その他)		当院受診歴	有・無	家族の了解 有・無
フリガナ			電話		
ご家族氏名		続柄	携帯		
どうされましたか？					
治療中、療養中の病名					
現在、飲まれているお薬を教えてください	ある	薬剤名			ない
1. 以前の歯科治療で異常がありましたか？	ある ・ ない ・ 不明				
	1) 気分が悪くなった 2) ショックをおこした 3) 血がとまりにくかった 4) その他()				
2. 感染症はありますか？	ある ・ ない ・ 不明				
	1) B型肝炎 2) C型肝炎 3) MRSA 4) STD 5) その他感染症()				
3. 現在治療中、又は過去にかかった病気をお知らせ下さい。(治療中は○ 過去には△)					
	1) 心臓疾患 2) 脳血管疾患 3) 腎臓疾患 4) 肝臓疾患 5) 高血圧 6) 糖尿病 7) リウマチ				
	8) 喘息 9) 骨粗鬆症 10) 結核 11) その他()				
	★上記 1) ~ 4) の疾患で詳しい病名がわかればご記入下さい。 病名()				
4. アレルギーはありますか？	ある ・ ない ・ 不明				
	薬剤() ・ 食物() ・ その他()				
5. 肺炎になったことがありますか？	ある ・ 繰り返しある ・ ない ・ 不明				
6. 現在の身体の状況はいかがですか？	寝たきり ・ 寝たり起きたり ・ 座ることが出来る				
7. 該当するものがありますか？					
	1) 聴力障害 2) 視力障害 3) 言語障害 4) 四肢マヒ 5) 知能障害 6) 認知症				
8. 食事形式、食事形態についてお知らせください。					
	形式 ・ 自立 ・ 部分介助 ・ 全介助 / 経鼻経管 ・ PEG ・ TPN				
	形態 ・ 普通食 ・ 軟食 ・ 流動食				
9. 現在、お口の清掃は？	毎日 ・ 時々 ・ しない				
いつしますか？	朝 ・ 昼 ・ 夜				
だれが？	本人 ・ 家族 ・ 看護又は介護者				
10. その他【備考】					
医療法人 康和会 訪問診療部 電話 0120-52-4567 FAX 0948-24-4146					