

票 診 問

受診者	ふりがな		男・女	生年月日	大 正・昭 和・平 成	
	氏 名				年	月
記入者氏名			受診者との続柄			

以下の質問で当てはまるものに○印をつけてください。

1. 今回受診を希望された理由は何ですか。 (複数回答可)

1. 痛みがある。（入れ歯が当たる・腫れている・むし歯）
2. 入れ歯が合わない・壊れた。（使っている・使っていない）
3. 入れ歯を持ってないので、作ってほしい。
4. 食事ができない。
5. 歯肉から出血がある。
6. 歯がグラグラする。
7. むし歯を治したい。
8. 治療していたものが外れた。
9. その他（

2. いつから症状がありますか。()

3. 歯科診療に対して要望はありますか。

・すべて治してほしい ・症状があるところのみで良い ・通院回数を少なくしたい
・その他（ ）

4. かかりつけ歯科医師はいますか。 (は い ・ いいえ)

はいと答えた方は、かかりつけ歯科医師について記入してください。

歯科医院名 () 所在地 (千葉市内・市外)

5. 現在の身体状態になったのいつ頃からですか。(年 月頃から)

6. 現在、治療している・もしくは過去に治療していた病気はありますか。(あ る ・ な い)

1.脳血管障害 2.高血圧 3.心臓病 4.悪性腫瘍 5.糖尿病 6.脂質異常症

7.肝臓病（ウィルス型A・B・C 他： ） 8.腎臓病（透析：な し・あ り）

9.呼吸器の病気（ぜんそく・結核） 10.じんましん 11. 骨折等けが

12.難病（ ） 13.その他（ ）

7. 認知症はありますか。(は い ・ いいえ)

はいと答えた方へ 以下のどのタイプですか。

・アルツハイマー型 ・脳血管性 ・レビー小体型 ・前頭側頭型 ・わからない

8. アレルギーはありますか。(は い ・ いいえ)

具体的に ()

9. 今まで、注射や薬で異常が起きたことはありますか。(は い ・ いいえ)

具体的に ()

10. 切り傷やけがで血が止まりにくかったことはありますか。(は い ・ いいえ)

11. 医師から注意されていることはありますか。(は い ・ いいえ)

具体的に ()

12. かかりつけ医師はいますか。(は い ・ いいえ)

はいと答えた方は、かかりつけ医師について記入してください。

病(医)院名		科	担当医師名	
病 名			受診方法	通 院 ・ 訪問診療

病(医)院名		科	担当医師名	
病 名			受診方法	通 院 ・ 訪問診療

13. 現在、薬を飲んでいますか。(は い ・ いいえ)

はいと答えた方へ どのような薬の種類ですか。

- ・血圧を下げる ・心臓の動きをよくする ・血糖値をコントロールする
- ・コレステロールを下げる ・尿酸値を下げる
- ・肝臓の働きを良くする ・腎臓の働きを良くする ・血液をさらさらにする
- ・認知症 ・骨を強くする(骨粗鬆症) ・ステロイド剤 ・痛み止め ・便秘薬
- ・その他 ()

お薬手帳もしくは、薬剤情報提供書のコピーを添付してください。

14. 次の事項を記入してください。

言葉の理解	・できる	・ある程度できる	・できない
会 話	・話せる	・話しにくい	・話せない
視 力	・見える	・見えにくい	・見えない
聴 力	・聴こえる	・聴こえにくい	・聴こえない
体の麻痺	・な い	・あ る：具体的に（	）
座位保持	・できる	・支えが必要	・できない
立ち上がり	・できる	・つかまればできる	・できない
歩行移動	・自力で可能	・伝い歩きなら可能	・できない
車いす	・な し	・あ り	
食 事	・自力で可能	・一部介助	・全面介助
食事の形態	・普通食	他（	）
む せ	・な い	・時々ある	・よくある
口の清掃	・本人が行う	・一部介助	・全面介助
入 れ 歯	・自分で着脱できる	・一部介助	・全面介助
う が い	・できる	・含んで吐き出す	・できない
入 浴	・自力で可能	・一部介助	・全面介助
排 泄	・自力で可能	・一部介助	・全面介助
お む つ	・な し	・あ り	

15. 福祉サービスを受けていますか。

訪問看護 ・ホームヘルプ ・デイサービス ・ショートステイ ・入浴
その他（ ）

16. 千葉市休日救急診療所（特殊歯科）へ通院する場合

交通手段	・自家用車 ・公共交通機関 ・タクシー（福祉タクシー）・その他（ ）		
付添者名	（ 歳）	続 柄	
所要時間	おおよそ 時間 分くらい		