



記入日： _____

氏名： _____

誕生日： _____

訪問歯科問診票

1. 現在困っているお口の症状について教えてください。

歯が痛い 歯がぐらぐらする 歯茎が腫れて出血する 入れ歯が合わない・痛い
新しい入れ歯を作りたい 口臭が気になる 自分で歯磨きできない
その他 (_____)

2. いつから、どんな痛み方かを教えてください

今日から 数日前から 数年前から 痛みはない
ズキズキ痛い 咬んだときに痛い しみる 痛いときがある

3. 最後に歯科を受診されたのはいつですか？

_____年 _____ヶ月前～

内容： _____治療 _____メンテナンス（定期的な）

4. 通院中（治療中）の病気はありますか？

ない ある

高血圧 糖尿病 狭心症/心筋梗塞/不整脈/先天性心疾患/心不全

喘息などの呼吸器疾患 肝臓病（B/C型肝炎） 腎疾患 甲状腺疾患

関節リウマチ 悪性腫瘍 脳卒中（脳出血、脳梗塞） 骨粗鬆症 パーキンソン病

疾患の詳細について具体的に教えてください

5. 現在服用中の薬剤、サプリメントはありますか？定期的に注射を打っておられる方もお書きください
(血圧薬、インスリン等の糖尿病薬、血液をサラサラにする薬（抗凝固薬）、骨粗鬆症の注射薬 など)。

受診当日はお薬手帳をお持ち頂けると安心です。

ない ある 具体的に

6. 薬を飲んで副作用がでたこと、食べ物に対してアレルギーはありますか。

(抗生物質、麻酔薬、ラテックス、金属アレルギー（ニッケル等）など)

ない ある (具体的な薬、食べ物 _____ 症状 _____)

氏名： _____

7. 御本人とのコミュニケーションはいかがでしょうか？

問題なくできる やや困難（会話が一部成立する） ほとんど不可（意思表示が難しい）

8. 介護認定の状況を教えてください。

| | | | | | | |
|---------|---|-----|---|-----|---|---|
| 非該当（自立） | | 申請中 | | 要支援 | 1 | 2 |
| 要介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

9. 普段の日常生活動作の程度はいかがですか？

自立歩行 杖や手すり使用 車いす ベッド上で生活（寝たきり）

10. 現在の食事形態はいかがでしょうか？

普通食 刻み食 軟らかい食事 とろみ食 ペースト食 経管栄養

11. 飲み込みやむせ込みの具合はいかがでしょうか？

特に問題ない 時々むせる 頻繁にむせる（お茶や汁物でむせることが多い）

12. 入れ歯の有無と種類を教えてください。

入れ歯なし 部分入れ歯使用（ 上 / 下） 総入れ歯使用（ 上 / 下）

13. 毎日の口腔清掃はどうされていますか？

本人が自分でやっている 一部介助している 介助者が全てやっている（自分では困難）

14. 感染症は指摘されていますか？（例：B型肝炎 / C型肝炎 / 結核 / HIV など）

ない ある（感染症名： _____）

15. 当院を知ったきっかけを教えてください

紹介 家族 知人 友人 紹介者名前 _____
ホームページ Instagram 看板 家・職場に近い その他 _____

16. 訪問診療にあたり特に伝えておきたいこと（例：「酸素吸入器使用中」「午後は眠くなりやすい」等）
があればご記入ください。