

訪問歯科衛生士育成プログラム 「訪問歯科の流れ～準備編」ワークシート  
シチュエーション1

歯科訪問診療に向けた聞き取り項目 リスト

受付 月 日 氏名：

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |           |                  |     |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------|------------------|-----|
| ふりがな<br>申込者氏名 | 電話                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |           | 続<br>柄           |     |
| ふりがな<br>患者氏名  | 生年<br>月日                                                                                                                                                                                                                                                       | M・T・S・R<br>月 日 満 | 年<br>歳    |                  |     |
| 患者住所          | 電話                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |           |                  |     |
| 同居家族          | 有（氏名： 続柄： ）・無                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |           |                  |     |
| 病院・施設名        | 電話                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |           | 病院・施設への連絡<br>未・済 |     |
| 主訴            | 1. 歯が痛い                      2. 歯が動く                      3. 歯ぐきが痛い<br>4. 歯ぐきが腫れた              5. 歯ぐきから血が出る          6. 入れ歯を入れたい<br>7. 入れ歯が合わない            8. 歯が抜けた                    9. 歯が折れた<br>10. 検診希望                    11. その他（                      ） |                  |           |                  |     |
| 現在の身体状況       | 寝たきり・車いす・つえ歩行・長時間の歩行不可・自立歩行ができる                                                                                                                                                                                                                                |                  |           |                  |     |
| 訪問先           | 在宅・病院・施設・その他（                      ）                                                                                                                                                                                                                           |                  |           | 駐車場              | 有・無 |
| 現在・過去の病<br>歴  | 心臓（                      ）、肝臓（                      ）、糖尿（    インスリン有・無）<br>腎臓（                      透析有・無）、脳疾患（                      ）、高血圧（                      ）<br>その他（                      ）                                                               |                  |           |                  |     |
| 保険の種類         | 国保・社保・後期高齢者                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |           |                  |     |
| 身障者手帳         | 有（    種    級）無                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |           |                  |     |
| 要介護度          | 自立・要支援（                      ）・要介護（                      ）                                                                                                                                                                                                     |                  |           |                  |     |
| 認知障害          | 有・無                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |           |                  |     |
| 聴覚障害          | 有・無                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |           |                  |     |
| 言語障害          | 有・無                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |           |                  |     |
| 意思表示          | 可・不可                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |           |                  |     |
| 主治医           | 病院・医院名                                                                                                                                                                                                                                                         |                  | 主治医       | 電話               |     |
|               | 病院・医院名                                                                                                                                                                                                                                                         |                  | 主治医       | 電話               |     |
|               | 病院・医院名                                                                                                                                                                                                                                                         |                  | 主治医       | 電話               |     |
|               | 病院・医院名                                                                                                                                                                                                                                                         |                  | 主治医       | 電話               |     |
| ケアマネジャー       | 事業所名                                                                                                                                                                                                                                                           |                  | 氏名        |                  |     |
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                |                  | 電話<br>FAX |                  |     |
| 診療立ち合い        | 有・無                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |           |                  |     |

<メモ>

## シチュエーション2

フェイスシート（別途配布資料）からわかる情報と対策について

### ①あなたの考え

服薬状況から注意をすること

診療前の健康状態（バイタルチェック）で気をつけること

コミュニケーションを取る時に気をつけること

その他気をつけること

### ②グループの話し合いや全体の発表で新たに気がついたこと

服薬状況から注意をすること

診療前の健康状態（バイタルチェック）で気をつけること

コミュニケーションを取る時に気をつけること

その他気をつけること

多くの人の意見を聞くことで、患者を「みる」視点が増えます

### シチュエーション3

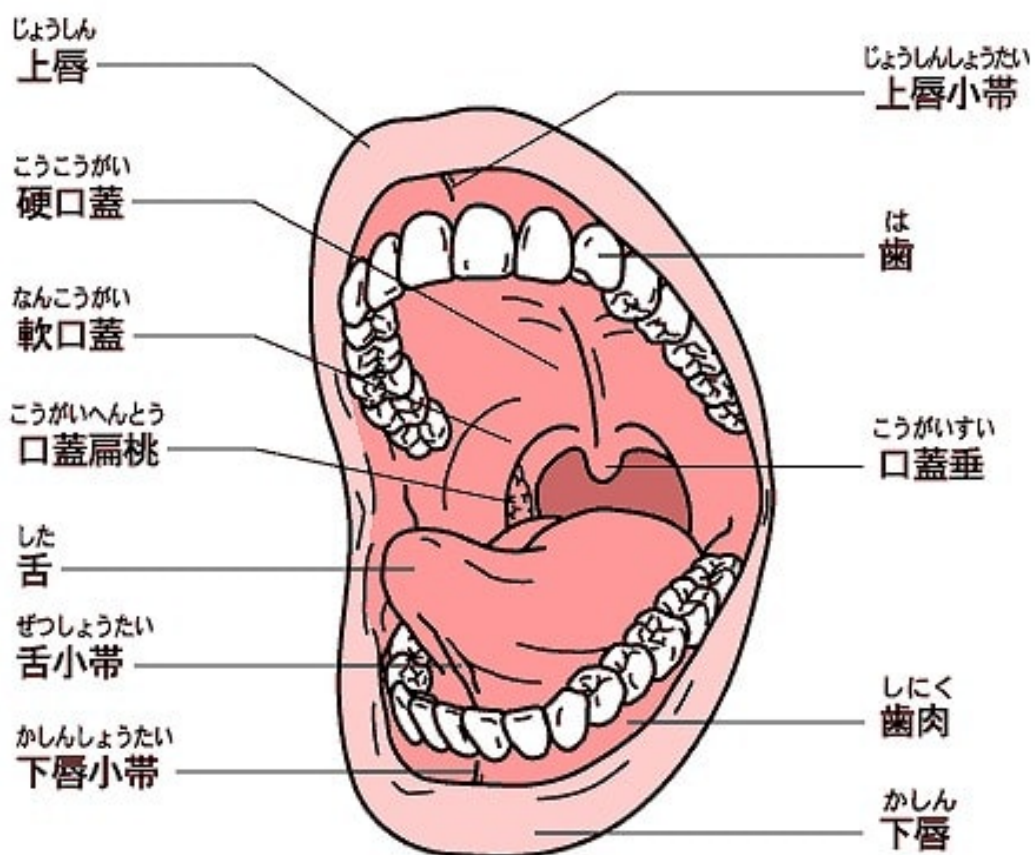
痛い・不快な部分を見つけてください

①あなたが見つけたところとグループで見つかったところ

#### こうくう こうぞう ■ 口腔の構造



© iris-iris 050411



身体は個人差があるので、自分では分からないことがあります