

種別	治療							無料検診										
ふりがな																		
患者様名												性別	男 ・ 女					
生年月日	明治			大正			昭和			年		月		日		才		
ご住所	〒 - -											駐車場	有 ・ 無					
電話番号	- - -											特記事項						
保険証	社 ・ 国 ・ 生保 ・ 障害 ・ 後期高齢 ・ その他																	
介護保険認定	有 ・ 無		要介護		要支援		1		2		3		4		5		認定中	
現在および過去の病気	有 ・ 無		心臓・肝臓（A型・B型・C型）・糖尿（インシュリン有・無）															
			肝臓・心筋梗塞・認知症・その他															
通院困難な理由	脳疾患（脳梗塞（右・左）・脳卒中・脳溢血）・骨折（腰椎・大腿骨・膝関節） 変形症（腰椎症・関節症・膝関節症）・関節リュウマチ（上肢・下肢）機能全廃 筋委縮症・パーキンソン脊髄損傷・悪性腫瘍・その他																	
主訴	口腔状態							全身状況										
	<input type="checkbox"/> 入れ歯があわない							臥床状況		寝たきり・寝たり起きたり								
	<input type="checkbox"/> 虫歯が痛む							移動動作状況		全介助・部分介助・その他								
	<input type="checkbox"/> 歯が抜けたまま							聴力障害		有 ・ 無								
	<input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらしている							言語障害		有 ・ 無								
	<input type="checkbox"/> 歯肉が痛い							認知障害		有 ・ 無								
	<input type="checkbox"/> その他							意志表示		出来る・出来ない								
ご都合の良い日	月曜日		火曜日		水曜日		木曜日		金曜日		土曜日		日曜日					
時間	午前・午後		午前・午後		午前・午後		午前・午後		午前・午後		午前・午後		午前・午後					
理由																		
ご依頼者様名	事業所名 居宅・在宅・介護支援センター（事業所）・訪問看護ST・施設・病院																	
担当者様 ケアマネージャー様																		
電話番号・FAX	TEL - -							FAX - -										

※ 提供いただいた個人情報には歯科診療上においてのみ使用し、それ以外の目的において使用する事はありません。