

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	1	2	3	4	5	認定中	要支援
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。