

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				
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				
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。