いきいき歯科 行

						中込日	牛	月	H
患者	ふりがな				性別	生年月日	(歳))
	氏 名				男・女	M•T•S•H•R	年	月	日
		₹	_		•				
	住 所								
		施設名							
	電話番号	加			居住実態	独居・ 同居	()	
	駐車場	- 白字動地は		± Z .		强估 门店	(,	
		自宅敷地内に ある・ない 近くに利用できる駐車場が ある・ない ()							
	保険証区分	国民健康の				古松老)	
		国民健康保険 社会保険 前期高齢者 後期高齢者 公費 (原爆被爆者・特定医療費(指定難病)・心障者・マル福・その他)							
		公賃 (原爆板爆省・特定医療賃(指定無病)・心障省・マル倫・マック他 / / / / / / / / / / / / / / / / / / /							
		生/百体設	要支援 □	1	,	英担剖口	台]		
	介護保険	認定あり		_		□c <u>4+</u> 0¢	nl 🔨	d	₽il
		 認定なし	要介護 □	1	□3 □4		刊台	≓ 	割
 治療などに 関しての連絡先									
		C 名。							
相談内容 (複数回答可) 通院できない 理由となる 現在・過去の病気 全身状態		• 痛みがある(歯・歯肉) ・詰め物が取れた ・歯肉が腫れている ・歯肉からの出血がある							
		・							
		・八4 (園を) りたい ・ 八4 (園がらない ・ 八4 (園が 場) に ・ 良事が と 4 じょくようた・口臭がある ・ 口腔ケア希望 ・ その他())							
		・脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)・心疾患(心筋梗塞・狭心症・不整脈)							
		・脳血管疾患(脳山血・脳便塞) ・心疾患(心筋便塞・疾心症・小壁脈) ・高血圧 ・糖尿病 ・腎疾患(透析を 受けている・受けていない)							
		・高皿圧 ・ 糖尿病 ・ 青灰忠(透析を 受りている・ 受りていない) ・認知症(型)・骨疾患(骨折・関節炎・骨粗鬆症)・悪性腫瘍(部位:)							
		・ 『 『 『 『 『 『 『 』 『 『 』 『 『 』 『 『 』 』 『 『 』 』 『 『 』 』 『 『 』 』 『 『 』 』 『 『 』 』 『 『 』 』 『 』 』 『 』 』 『 』 』 『 』 『 』 』 『 』 『 』 』 『 』 『 』 』 『 』 『 』 』 『 』 『 』 』 『 』 『 』 』 『 』 『 』 』 『 』 『 』 『 』 』 『 』 』 『 』 『 』 』 『 』 『 』 『 』 『 』 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 』 『 』 『 』 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 』 『 』 』 『 』 『 』 『 』 『 』 』 『 』 『 』 『 』 『 』 『 』 』 『 』 『 』 』 』 『 』 』 『 』 』 』 『 』 』 『 』 』 『 』 』 『 』 』 『 』 』 』 『 』 』 』 『 』 』 』 『 』 』 』 『 』 』 』 『 』 』 』 『 』 』 』 』 』 『 』 』 』 』 』 『 』 』 』 』 』 』 』 』 『 』							
		・ハーヤンノン病 (「							
		感染症	ない・ある()	アレルギー	ない・ある()
					↓				
		意思の疎通しできる・できない			こい目のコー おんだいのパップ・サスツー 一部での例で しょう。				
希望曜日		月	<u> </u>	木 金	・訪問希望の	(訪問可能か)枠に○	を記入して	てください	_
		AM		7 3	・訪問希望の(訪問可能な)枠に○を記入してください。 ・ご都合の悪い枠には×を記入してください。				
		PM	<u> </u>	<u> </u>	i T			<i>た</i> します	
ケアマネージャー 主治医		PM・詳細な時間は改めて、ご相談のうえ決定いたします。 事業者名: TEL:							
		担当者名:			FAX:				
		医療機関名:			担当医師名:				
紹介者		紹介者名:							