

患者	ふりがな 氏名			性別 男・女	生年月日 ( 歳) M・T・S・H・R 年 月 日	
	住所	〒 -				
		施設名				
	電話番号	- -		居住実態	独居・同居 ( )	
	駐車場	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 ) 生活保護 (管轄役所名: ) <b>負担割合 割</b>					
介護保険	認定あり	要支援	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		
	認定なし	要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <b>負担割合 割</b>
治療などに関する連絡先	氏名:		続柄:			
	電話:		- -			
相談内容 (複数回答可)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・痛みがある(歯・歯肉)</li> <li>・詰め物が取れた</li> <li>・歯肉が腫れている</li> <li>・歯肉からの出血がある</li> <li>・入れ歯をつくりたい</li> <li>・入れ歯が合わない</li> <li>・入れ歯が壊れた</li> <li>・食事がとれなくなった</li> <li>・口臭がある</li> <li>・口腔ケア希望</li> <li>・その他( )</li> </ul>					
通院できない理由となる現在・過去の病気	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳血管疾患 (脳出血・脳梗塞)</li> <li>・心疾患 (心筋梗塞・狭心症・不整脈)</li> <li>・高血圧</li> <li>・糖尿病</li> <li>・腎疾患 (透析を受けている・受けていない)</li> <li>・認知症 ( 型)</li> <li>・骨疾患 (骨折・関節炎・骨粗鬆症)</li> <li>・悪性腫瘍 (部位: )</li> <li>・パーキンソン病 (Ⅰ度・Ⅱ度・Ⅲ度)</li> <li>・精神疾患 ( )</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>					
全身状態	感染症	ない・ある( )		アレルギー	ない・ある( )	
	常用薬	ない・ある <b>薬剤情報提供書のコピーまたは、おくすり手帳のご用意をお願いします。</b>				
	意思の疎通	できる・できない				
希望曜日		月	火	水	木	金
	AM					
	PM					
ケアマネージャー	事業者名:		TEL:			
	担当者名:		FAX:			
主治医	医療機関名:		担当医師名:			
紹介者	紹介者名:		ご連絡先:			