

| | | | | | | | |
|-------------------|--|-------------------------------|-------|--|---|-------|-------|
| 種別 | 診療 | | : | | 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 |
| 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 <input type="checkbox"/> 虫歯が痛む <input type="checkbox"/> 歯が抜けたまま <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらしている <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> その他 | | | 臥床状況 移動動作状況 聴力障害言 語障害認知 障害意志表 示 | 寝たきり・寝たり起きたり 全介助・部分介助・その他 有 ・ 無 有 ・ 無有 ・ 無 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ございません。