

種別	治療 : 無料検診						
依頼者	本人 ケアマネ 家族( )その他( )						
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
住所							
電話番号	-	-		特記事項			
保険証	老人 ・ 後期高齢 ・ 生保 ・ マル障/1・2・3級 ・ その他						
介護保険	有 ・ 無	要介護	・ 要支援	1	2	3	4 5 認定中 1割 2割
感染症	有 ・ 無	肝炎 (A型・B型・C型・その他) ・ その他					
既往歴	心疾患 (心筋梗塞 心不全 不整脈) 糖尿病 (インシュリン) 認知症 アルツハイマー 脳疾患 (脳梗塞 (右・左) 脳卒中 脳溢血) 骨折 (腰椎 大腿骨 膝関節) 変形性 (股・膝) 関節症 腰部脊柱管狭窄症 関節リュウマチ (上肢・下肢) 機能全廃 筋委縮症 パーキンソン症 脊髄損傷 悪性腫瘍 高血圧 その他						
通院困難な理由							
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"/> 歯が揺れている <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> その他				臨床状況	自立・寝たきり・寝たきり起きたり	
					移動動作状況	全介助・部分介助・その他	
					聴力障害	有 ・ 無	
					言語障害	有 ・ 無	
					認知障害	有 ・ 無	
					意志表示	出来る・出来ない	
週間予定 ご希望	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
	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
訪看・HP 身体介護等の 時間をご記入 下さい	/	/	/	/	/	/	/
事業所名							
ご担当者 ケアマネージャー							
TEL・FAX	TEL	-	-	FAX	-	-	

※ 患者様氏名、住所、電話等は一部未記入にて表記をお願い致します。

FAX045-330-4189