

[患者様の情報]

ふりがな			性別	電話番号	
患者氏名	様		男・女	連絡先：	(続柄：)
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 生まれ			患者様自宅：	
住所	〒 ー				
保険証の種類	介護度： 自立支援 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)				
	国保・社保・後期高齢者・生保・障害者・特定疾患				

[患者様の状態]

通院困難なご事情	☐ 歩行困難な為 ☐ 高齢による体力低下				
	☐ その他()				
病院の経歴	☐ 高血圧 ☐ 糖尿 ☐ 脳卒中 ☐ 脳梗塞 ☐ 脳出血 ☐ 心筋梗塞 ☐ 肺炎 ☐ 認知症				
	☐ その他()				
通院	☐ 有り ☐ 往診 ☐ 無し				
	↓ ※通院有り・往診の方は、かかりつけ医療機関(主治医)の記入をお願いします。 医療機関名() 主治医()				
感染症	☐ 無し ☐ 不明 ☐ 有り()				

[現在気になっているお口の症状]

痛み	☐ 無し ☐ 有り(歯・歯ぐき・入れ歯・その他 [])				
わかる範囲でご記入下さい					

[ご都合の良い日程]

曜日/時間帯	☐ 月(午前・午後) ☐ 火(午前・午後) ☐ 水(午前・午後) ☐ 木(午前・午後) ☐ 金(午前・午後) ☐ 土(午前・午後)				
ご希望/ご要望					

[ご依頼者の情報]

ご依頼者	☐ ご家族 →	申込者氏名： (続柄：) 連絡先：	
		病院・事業所名：	
	☐ 事業所 → ☐ 病院	紹介者名：	
		業種区分： ☐ 在宅介護支援センター ☐ 居宅介護支援事業所 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問介護 ST ☐ 病院	
		連絡先：TEL () FAX ()	

医院記入欄

初回訪問日時：	年 月 日 (曜日) 時
記入者サイン：	

FAX

06-6551-9856