

新規患者様相談シート

お申し込みは FAX で  0120-694-123

患者様情報

カナ 氏名	-----様			性別	生年月日	年齢
				男・女	大・昭・平 年 月 日	歳

住所	都道府県	市区町村	
----	------	------	--

TEL	①	②
-----	---	---

ご依頼内容 **治療・無料歯科健診** を希望します

保険証の種類	国保 / 社保(本人) / 社保(家族) / 後期高齢 / 生保	同伴者	家族 / CM / その他() / 無
--------	----------------------------------	-----	----------------------

介護認定	要支援・要介護：(1 / 2 / 3 / 4 / 5)	障害者手帳	身体・知的・精神 ()級
------	-------------------------------	-------	---------------

相談者	様	TEL
-----	---	-----

お身体の状態

認知症	重・中・軽 ()	麻痺	右・左 ()
-----	-----------	----	---------

歩行 寝たきり・ほとんど寝たきり・車椅子・介助・自立

病気の経歴

- 脳疾患 (脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)
- 心臓疾患 (心筋梗塞・狭心症・心不全・ペースメーカー使用)
- 腎臓疾患 (腎不全・腎臓透析あり)
- 肝臓疾患 (肝硬変・肝炎__型)
- 変形症 (腰椎・頸椎・膝関節・小脳脊髄)
- アレルギー 無・有 ()
- 感染症 無・有 ()
- その他 ()

相談内容

入れ歯	上・下 () 痛み (強・中・弱・無)
-----	------------------------

歯	上・下・左・右 () 痛み (強・中・弱・無)
---	----------------------------

その他	口腔ケア・嚥下評価 ()
-----	---------------

訪問希望日時

第1希望	月 日 時頃	第2希望	月 日 時頃
------	--------	------	--------

特記事項

担当ケアマネジャー 情報

事業者名		担当	様
------	--	----	---

住所		TEL	
		FAX	