

No.

受付日 令和 年 月 日

患者氏名	(ふりがな)	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
患者住所			電話番号 (連絡先)	
			FAX	
現疾患とその主治医			医院名	
			主治医	
現在服用中薬剤				
要介護度(非該当 要支援1・2 要介護 1・2・3・4・5) 利用中のサービス				
かかりつけの歯科医院	1. ある	2. ない	歯科医院名 ()	
主訴に○	1. 歯が痛い	2. 歯肉が痛い		
	3. 舌や粘膜が痛い	4. 入れ歯が当たって痛い		
	5. 入れ歯が壊れた	6. 入れ歯を新製したい		
	7. 口臭が気になる	8. 口の中が汚い		
	9. うまく咬めずに食べにくい	10. うまくしゃべれない		
	11. よくむせる	12. うまく飲み込めない		
	13. その他 ()			
* 上記の○を付けた主訴の内容を患者様の言葉で、以下に具体的に記入してください。 (例:①. 歯に穴があって、ズキズキ痛い。 ⑥. 入れ歯が無いので、食事が取りにくい。 ⑫. 食事に時間がかかり、食べ物も口からこぼれる。)				

架電者氏名		患者との関係		連絡先	電話: 携帯: FAX:
ケアマネ氏名		所属 (事業所名)		連絡先	電話: 携帯: FAX: