

(医)戸和会 歯科佐藤 送迎申し込み書

TEL 045-881-0156

FAX 045-881-0199

記入日 令和 年 月 日

ふりがな						
氏名				性別	男・女	
生年月日	大正・昭和	年	月	日	年齢	歳
住所				同居家族	有・無	
電話番号				介護度	要支援 要介護	
緊急連絡先			氏名 (続柄)	()		
現在・過去の病気の病気 通院困難な理由	有・無	心臓・腎臓・糖尿・血圧(高・低)・骨粗鬆症・肝臓(A型・B型・C型)				
		認知症・パーキンソン・脳疾患(マヒ右・左)・脳萎縮・骨折(腰椎・大腿骨・その他) 心疾患(狭心症・不整脈・ペースメーカー)・変形症(腰椎症・関節症・膝関節症) 関節リウマチ・精神疾患・緑内障・白内障・脊髄損傷・脊柱管狭窄症・人工透析 その他				
口腔状態		日常生活自立度				
入れ歯が合わない	移動時動作		全介助・部分介助・独歩・杖歩行・車椅子 その他			
歯が痛む	視覚障害		有・無			
歯がグラグラしている	聴力障害		有・無			
歯肉が痛い	言語障害		有・無			
その他	認知障害		有・無			
	意思表示		出来る・出来ない			
	うがい		出来る・出来ない			
	排泄		自立・リハパン			
ご都合の悪い曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	
時間	午前・午後	午前・午後	午前	午前・午後	午前・午後	
理由						
ご依頼者氏名	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 ケアマネージャー						
電話番号・FAX	TEL		FAX			
備考						