

# 訪問新患依頼書

依頼日 平成 年 月 日 ( )

依頼者[ ]

ふりがな 氏名		男・女	歳	要介護度
住所			生年月日	
電話番号			駐車場	有・無
キーパーソン (介護者)			家族構成	
事業所名		電話番号	ケア マネジャー	

主訴		
義歯	有・無	<週間ケアプラン>
自歯	有・無	
認知症	有・無	
麻痺	有・無	
摂食嚥下障害	有・無	
意思疎通	可・不可	<可能な曜日・時間帯>
歩行	可・不可	
日中生活	車椅子・ベッド上	
食形態		<予約のTel> 先方から・こちらから

<既往歴・その他>
-----------

吉祥寺ハイジア歯科医院  
Tel・Fax 0422(24)9918