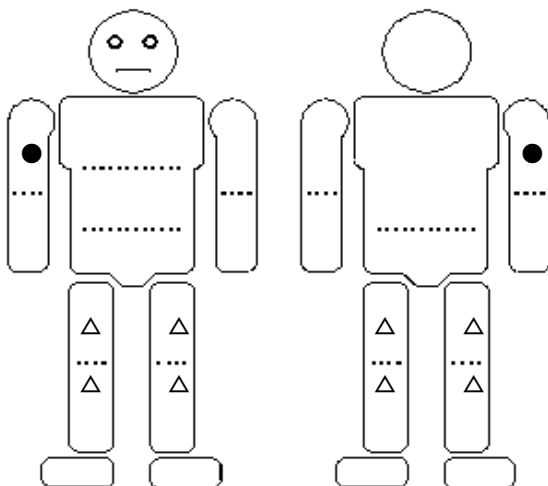


## 5 本人の健康状態・受診等の状況

既往歴・現症（必要に応じ「主治医意見書」を転記）				障害等の部位	
※要介護状態に関係がある既往歴および現症				<div style="text-align: center;"><div>△障害部位   ×欠損部位   ●褥瘡部位</div><div>(正面)                      (背面)</div></div>	
身長	cm	体重	kg		
歯の状況	<input type="checkbox"/> 歯あり <input type="checkbox"/> 歯なし <input checked="" type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 局部義歯 ⇒6-②生活機能(食事・排泄等)				
【特記事項】(病気やけが、障害等に関わる事項。改善の可能性等)					
主治医からの指導・助言事項。視力障害、聴力障害、麻痺、関節の動き、褥瘡、その他皮膚疾患(以上要介護認定項目)、外傷、内部障害、言語障害、動悸・息切れ、便秘、尿失禁、便失禁、摂食嚥下障害、口腔(炎症・痛み・出血・口臭・虫歯・不良義歯等)に留意のこと。					
現在の受診状況(歯科含む)					
病名					
薬の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
受診状況	発症時期 <small>※主治医意見書を参考に記入</small>				
	受診頻度	<input type="checkbox"/> 定期 ( 週 ・ 月    回 ) <input type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期 ( 週 ・ 月    回 ) <input type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期 ( 週 ・ 月    回 ) <input type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期 ( 週 ・ 月    回 ) <input type="checkbox"/> 不定期
	受診状況	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診
受診病院	医療機関				
	診療科				
	主治医				
	連絡先	☎	☎	☎	☎
受診方法 留意点等					
往診可能な医療機関		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                                  ) ☎			
緊急入院できる医療機関		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                                  ) ☎			
相談、処方を受けている薬局		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                                  ) ☎			
【特記、生活上配慮すべき課題など】					