



14. 夕方から夜に熱が出ることはありませんか？ 　　　　　　　　　ある。 無い。

15. 入れ歯が合わないと感じますか？ 　　　　　　　　　ある。 無い。

①主治医の施設名と先生のお名前と住所：

②ケアマネージャーの施設名と担当者名と住所：

要介護1・2・3・4・5

③デーサービスの施設名と担当者名：

④訪問看護ステーションの施設名と担当者名：

⑤その他訪問されている施設名：

⑥今までのご病気の経過と体重をなるべく詳しく記載して下さい。

症状が初めて出た時期	受診した病院	診断名	その時の体重
------------	--------	-----	--------

⑦ご家族と受診可能な日時を書いてください。

---