

往診申込み書

申込日(. .)

種別	無料検診	治療	お痛みのある場合は “治療” となります	
フリガナ				性別
患者様お名前				男・女
生年月日	T・S・H 年 月 日	年齢	才	
ご住所	(〒 -)			
TEL			介護保険証	有・無
フリガナ				
ご家族様お名前				
TEL			携帯番号	
保険証	後期高齢者	生保	障害	医療証 (老・障) その他
感染症	無・有 (A・B・C型 肝炎 MRSA 梅毒 HIV・AIDS)			
現病・既往歴				
心臓 (心筋梗塞・狭心症・心不全・不整脈・) ペースメーカー使用 有・無				
脳疾患 (脳梗塞・脳溢血・脳出血・くも膜下出血) 麻痺 右・左・上肢・下肢				
高血圧 肝臓疾患 (肝炎 A型・B型・C型、肝硬変)				
糖尿病 (インシュリン投与 有・無) 腎臓疾患 () 透析 有・無				
特定疾患 (パーキンソン病・関節リウマチ・筋萎縮症・その他)				
悪性腫瘍 (胃・肺・大腸・)				
脊椎損傷 骨折・圧迫骨折 (腰椎・大腿骨・膝関節・)				
変形症 (頸椎・脊椎・腰椎・膝関節)				
機能全廃 (上肢・下肢) その他 ()				
障害高齢者 日常生活自立度		J1	J2	A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症高齢者 日常生活自立度				a b a b
身体機能	歩行状態	自立歩行		杖 つたえ歩き 歩行困難
		歩行不可		
装着医療器具	酸素療法	気管内挿管	人工呼吸器	
	ペースメーカー	導尿	胃ろう	
お口の状態	総入れ歯	部分入れ歯	自歯	痛み 有・無
主訴				
事業所様名				ご担当
TEL			FAX	

医療法人社団歯英会 ひがし歯科医院 休診日:水・日・祭日

フリーダイヤル 0120-648-482 FAX 0297-44-6483