

<<清水歯科往診申込み票>>

お申し込み日 年 月 日 時

種別	無料検診 ・ 治療
----	-----------

患者様氏名						性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日					歳	
ご住所							
電話番号						介護認定	有・無
保険証	老人・生保・障害・その他()						
(現在および過去の)ご病気	心臓(心筋梗塞・弁膜症・中核欠損・ペースメーカー使用)・糖尿(インシュリン投与 有・無) 腎臓(透析 有・無)・痴呆(重度・軽度)・肝臓(A型・B型・C型)・その他()						
通院困難な理由	脳疾患(脳梗塞(右・左)・脳卒中・脳溢血)・骨折(腰椎・大腿骨・膝関節)・関節リュウマチ 変形症(腰椎・頸椎・膝関節)・(上肢・下肢)機能全廃・筋萎縮症・パーキンソン病 脊髄損傷・悪性腫瘍後遺症・その他()						
お口の状態	総入れ歯・部分入れ歯・自歯			痛み	有・無		
ご都合の悪い日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	
時間	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	
理由							
備考欄(主訴)							

御依頼者名						
電話番号・FAX	TEL	—	—	FAX	—	—

お手数ですが上記項目にご記入のうえ、下記までFAXにて御送信お願い致します。

FAX番号 045-542-6487

〒222-0031 神奈川県港北区太尾町473 大倉屋ビル2F

Tel(0120)439-339