

# <<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