

毛利歯科クリニック診療申込書

お申込日 年 月 日

ふりがな			
患者様氏名		性別	男・女
生年月日	(M・T・S・H) 年 月 日 (歳)		
施設名		電話番号	— —
お部屋			
介護保険	有 ・ 無	介護度	要介護度 級
痛みor主訴	有 ・ 無		
部位など			
義歯	有 (上 ・ 下) 無		
義歯の場合	(当たって痛い ・ ゆるい ・ おちる ・ 咬めない ・ 検診希望)		
現病歴 および既往歴	脳梗塞 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 肺 ・ 腎臓 ・ 喘息 ・ 肝臓 ・ 肺炎		
	認知症 ・ その他 ()		
感染症	有 () ・ 無		
服用中の薬	有 () ・ 無		
	脳梗塞 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 骨そしょう症 ・ その他 ()		
依頼者名	事業所名:	FAX確認の有無	必要 ・ 必要なし
	個人名:		
担当ケアマネージャー	事業所名:	メモ	
	個人名:		

※お手数ですが、お分かりになる範囲で結構です。上記項目にご記入の上、当院へFAXにて御送信お願い致します。

FAX番号
電話番号

099-230-0750

099-230-0729

医療法人慈尊幸徳会
毛利歯科クリニック