

いえやす歯科 無料検診申込書

| | | | | |
|-------|--|-----|-----|----------------|
| フリガナ | | 性別 | 年齢 | 生年月日 |
| 患者様氏名 | 様 | 男・女 | | 明 大 昭 年 月 日 |
| 訪問先住所 | <input type="checkbox"/> 施設（施設名： ） <input type="checkbox"/> 自宅 | | | |
| | 〒 - | | | |
| | 電話 | | FAX | |

【気になっているお口の症状】

- 歯が痛い 歯が抜けた 歯が欠けた
入れ歯が合わない 入れ歯が壊れた 入れ歯をつくりたい
歯ぐきの腫れ・痛み お口の汚れ・口臭 定期的な検診とケア
食事がとりにくい その他（ ）

【現病歴及び既往症】

- 高血圧（ / ） 心臓病（ ） 脳出血
脳梗塞 認知症（脳血管症・アルツハイマー型・レビー小体型・前頭側頭型）
パーキンソン病 糖尿病（HbA1c %） 誤嚥性肺炎
腎臓病（透析 有 ・ 無 ） 感染症（HIV・肝炎（B・C）・梅毒） 関節リウマチ
アレルギー（ ） 骨粗鬆症 骨折（部位： ）
麻痺（ 右 ・ 左 ） その他（ ）

【患者様身体基本情報】

- 義歯（ 有 ・ 無 ）
むせ（ 有 ・ 無 ） 意思疎通（ 可 ・ 不可 ） 難聴（ 有 ・ 無 ）
座位（ 可 ・ 不可 ） うがい（ 可 ・ 不可 ） 胃ろう（ 有 ・ 無 ）

愛知県名古屋市西区花の木2丁目20-3

TEL 052-938-3571 FAX 052-938-3572

E-mail info@ieyasushika.com

いえやす歯科

<https://iedeshika.com/>