

# <<医療法人社団マハ口会 お申込み票>>

◆TEL:0120-418-464

◆FAX:048-988-1183

お申し込み日: 年 月 日

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	後期高齢 ・ 生保 ・ 障害 ・ その他( )					
(現在および過去の)ご病気	心臓 ・ 肝臓(A型・B型・C型) ・ 糖尿(インシュリン有・無) ・ 腎臓(透析有・無) ・ 心筋梗塞 痴呆(重度・中度・軽度) ・ 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) 変形症(腰椎症 ・ 関節症 ・ 膝関節症) ・ 関節リウマチ ・ (上肢・下肢)機能全廃 筋萎縮性 ・ パーキンソン ・ 脊髄損傷 ・ 悪性腫瘍 ・ その他( )					
感染症の有無	+( )			-		
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)						

ご依頼者名	事業所名( ) 紹介者名( ) 様					
	在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所・訪問介護・訪問看護St・病院					
電話番号・FAX	—	—	FAX	—	—	

**《補足事項》**

- ・患者様指名、性別、生年月日、住所、電話番号は電話で受付者に伝え、残りの事項についてはお分かりになる範囲内でご記入の上、FAXでご送信お願いいたします。
- ・患者様指名につきましては、初めの一文字だけ記入し、残りの文字は文字数分を×で表記願います。(例・デンタル太郎様の場合→デン×× ×郎)