

【既往歴・基礎疾患】

記入日 年 月 日

- | | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> 肺炎の既往歴
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓病
<input type="checkbox"/> 狭心症
<input type="checkbox"/> 心筋梗塞
<input type="checkbox"/> 不整脈
<input type="checkbox"/> 弁膜症
<input type="checkbox"/> 心不全
<input type="checkbox"/> 心筋症
<input type="checkbox"/> 先天性心疾患</p> <p><input type="checkbox"/> 糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> 脳卒中
<input type="checkbox"/> 脳梗塞
<input type="checkbox"/> 脳出血
<input type="checkbox"/> くも膜下出血
麻痺： 右 左 両方</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症
<input type="checkbox"/> アルツハイマー型
<input type="checkbox"/> 脳血管性
<input type="checkbox"/> 前頭側頭型
<input type="checkbox"/> レビー小体型
<input type="checkbox"/> その他</p> <p><input type="checkbox"/> 甲状腺
<input type="checkbox"/> 甲状腺機能障害
<input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症
<input type="checkbox"/> 甲状腺腫</p> <p><input type="checkbox"/> 副腎皮質機能不全</p> <p><input type="checkbox"/> 腎臓病
<input type="checkbox"/> 急性腎不全
<input type="checkbox"/> 慢性腎不全（透析）
<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病（CKD）</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性気管支炎</p> | <p><input type="checkbox"/> ぜんそく</p> <p><input type="checkbox"/> てんかん</p> <p><input type="checkbox"/> 自立神経失調症</p> <p><input type="checkbox"/> パーキンソン病</p> <p><input type="checkbox"/> パーキンソン病症状候群</p> <p><input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症</p> <p><input type="checkbox"/> 多系統萎縮症</p> <p><input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症（ALS）</p> <p><input type="checkbox"/> がん 部位：
<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症
<input type="checkbox"/> BP系製剤服用あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> 骨折 部位：
<input type="checkbox"/> 変形性関節症
<input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他</p> <p><input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症
<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腰部</p> <p><input type="checkbox"/> 関節リウマチ</p> <p><input type="checkbox"/> 白内障</p> <p><input type="checkbox"/> 緑内障</p> <p><input type="checkbox"/> アレルギー（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 感染症</p> <p><input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害
原因：
<input type="checkbox"/> その他</p> <p>介護度（ ）
障害者手帳（ ）級</p> <p>室川ファミリー歯科
電話 9 3 8 - 5 1 1 5 FAX 9 3 8 - 2 4 9 4</p> |
|---|---|