

歯科往診申込書

お申し込みはFAXで

072-635-8248

お申込年月日 年 月 日

フリガナ		男	年齢	電話番号
患者様氏名	様	女	歳	() -
住所	都道 府県			
ご依頼内容	治療 ・ 検診 を希望します。			
主 訴 (現在気になっている症状をご記入下さい)				
現在ご病気で通院されていますか	通院はしていない / 通院中 / 往診を受けている / 入院中			
病気の経歴 ⇒ (病名、症状などを詳しくご記入下さい。)				
感染症について ⇒ 現在 A , B , C 型 肝炎 / その他 () で通院している ・ 感染症はなし				
寝たきり ・ 歩行可 ⇒ 介助が必要 / 車椅子使用 / 短時間歩行可 / 屋内で歩行可 ()				
保険証等の種類 ⇒ 国保 ・ 社保本人 ・ 社保家族 ・ 老人保健 ・ 障害者 ・ 生保				
介護保険の介護度 ⇒ 要支援 1・2 要介護 1 2 3 4 5 ・ 持っていない				
歯科往診のご利用は ⇒ 初めて ・ 以前にもある ⇒ 年 月 日 (歯科医院名)				
連絡方法		①患者様宅に電話		②事業者様に電話
③身内 ・ 知り合いに電話 () 様) TEL : () -				
④その他 ()				
ご連絡希望日時 ⇒ 月 火 水 木 金 土 日 時頃を希望				
往診都合の悪い日 ⇒ 月 火 水 木 金 土 日				
駐車スペース ある ・ なし ()				
ケアマネージャー様のお名前	事業所名	電話番号	FAX番号	

事業所名 (施設、病院、家族)	担当者名
電話番号 () -	FAX番号 () -

ご提供頂いた情報は、個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管管理致します。

治療 ・ ご相談申込連絡先 TEL.072-635-8241 FAX.072-635-8248