

歯科往診申込用紙

お申し込み年月日 年 月 日

お申し込みはFAXで **078 - 332 - 4042**

フリガナ		男・女	年齢	生年月日
患者様氏名	様		歳	明・大・昭・平 年 月 日
住所	自宅 入所先 (施設名)			
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お口の症状) ・歯が痛い ・歯ぐきが痛い ・歯ぐきが腫れている ・入れ歯が合わない ・入れ歯がこわれた ・入れ歯を新しくしたい ・その他()				
通院困難なご事情(病気の経歴)				
既往歴 (今までにかかった病気)	・脳血管障害 ・心疾患 ・高血圧 ・骨折 ・糖尿病 ・その他()			
食事	・普通食 ・キザミ食 ・流動食 ・経管栄養 ・その他()			
歩行状態	・寝たきり ・準寝たきり ・要介護 ・車椅子 ・短時間可能 ・屋内可能 ・他()			
保険証の種類	介護度() 国保・社保本・社保家・前期高齢者・後期高齢者・生保・障がい者			
ケアマネージャー様のお名前	事業所名	電話番号		FAX番号
		() -		() -
ご連絡方法	1,患者様宅へ電話 2,事業所様へ電話 3,身内・知人・その他へ電話()様 TEL () -			
ご連絡希望時間				
往診日のご都合など				
駐車スペース	有り・無し	当医院を知ったきっかけ		
ご連絡事項				
ご依頼者(事業所・病院・家族)				担当者名
電話番号() -				FAX番号() -

ご提供頂いた情報は、当医院の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いたします。