

歯科訪問申込書

お申し込みは FAX で
〈FAXがつかない方はこちらまで〉

FAX: 0185-35-3080
TEL: 0185-35-3737

お申し込み年月日

年 月 日

フリガナ	性別	生年月日			年齢	
患者様 氏名	男 女	明・大・昭	年	月	日	歳
電話	FAX					
住所	自宅 入所先 (施設名)					
主訴(現在気になっているお口の中の症状)						
※治療に限らず検診や相談でも結構です。						
通院困難なご事情(病気の経歴)						
※感染症⇒有り()・無し ※通院⇒有り・無し・往診 ※入院						
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・社保本人・社保家族・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者					
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.患者様宅へ連絡		2.事業所様へ連絡			
	3.身内・知人・その他へ電話()様 TEL()					
ご連絡希望日時						
往診日のご都合など						
駐車スペース	有り・無し	サービスを知ったきっかけ				
ご連絡事項						
ご依頼者様(事業所・病院・家族)				担当者名		
電話番号	FAX 番号					

ご提供いただいた情報は、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、厳密に保管管理致します。



医療法人 清水歯科医院

〒010-0341

秋田県男鹿市船越本町1-29

TEL 0185-35-3737 FAX 0185-3080