

# 歯科訪問申込書

お申し込みはFAXで FAX 03-3397-6677

<FAX がつながらない方はこちらまで> TEL 03-3397-3344

お申し込み年月日 年 月 日

患者様 氏名	フリガナ	性別	生年月日	年齢
	様	男 女	明・大・昭 年 月 日	歳
電話番号	( )	FAX	( )	
住所	自宅 入所先 (施設名)	都 道 府 県		
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。



井荻歯科医院 〒167-0023 東京都杉並区上井草1-31-3

TEL 03-3397-3344 FAX 03-3397-6677