

歯科訪問申込書

お申し込みはFAXで FAX 048-940-8051
〈FAXが繋がらない方はこちらまで〉 TEL 048-940-8051

お申込み年月日 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・平 年 月 日 | 歳 |
| 電話番号 () | | FAX () | | |
| 住所 | 自宅 | 都 道 | | |
| | 入所先 (施設名) | 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 () ・ 無 | | |
| | | ※通院⇒有 ・ 無 ・ 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・無 | サービスを知ったきっかけ | | |
| ご連絡事項 | | | | |

| | |
|------------------|-----------|
| ご依頼者様(事業者・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、厳密に保護管理致します。



西方ファミリー歯科 〒343-0822 埼玉県越谷市西方1丁目3342-2

TEL・FAX:048-940-8051

<https://www.koshigaya-kdc.com/>