

訪問歯科診療 申込書

お申込み日 年 月 日

患者様 氏名	フリガナ	男 ・ 女	年 齢	電話番号
			歳	()
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)				
通院困難なご事情 (病気の経歴)			感染症⇒有 () ・ 無 通 院⇒有 ・ 無 ・ 往診	
歩行状態	寝たきり ・ 順寝たきり ・ 要介護 ・ 車椅子 ・ 短時間可能 ・ 屋内可能 ・ 他 ()			
保険証の種類	介護保険 () ・ 国保 ・ 社保本 ・ 社保家 ・ 前期高齢者 ・ 後期高齢者 ・ 生活保護 ・ 障害者			
ケアマネージャー様の名前	事業所名	電話番号	FAX番号	
		()	()	
ご連絡方法	1.患者様宅への電話 2.事業者様への電話 3.身内・知人・その他へ電話 ()様 TEL ()			
ご連絡希望日				
往診日のご都合など				
往診を知ったきっかけ	ホームページ ・ 携帯サイト ・ 電話帳 ・ 来院して ご紹介 ()	駐車スペース	有 ・ 無	

ご依頼者 (家族・事業所・病院)	担当者名
電話番号 ()	FAX番号 ()

ご提供いただきました情報は、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。

FAX番号 092-791-1158

ひらかわ歯科医院

福岡県福岡市南区大楠2-12-24 Tランド平尾1F TEL 092-515-1550