

FAX番号 04-7184-4108

訪問歯科診療申込書

申込日 平成 年 月 日

ふりがな			性別	男・女		
ご利用者様名	様					
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 歳					
ご住所	〒 -		(独居 / 同居)			
電話番号	- -		緊急連絡先	- -		
	本人/その他()宛			本人/その他()宛		
保険証	社・国・後期高齢 生保・障害 その他()		介護 保険	有・無(申請中) 介護度 要支援・要介護(1・2・3・4・5)		
病気の経歴	有・無	心臓・肝臓(A型・B型・C型)・糖尿・腎臓・パーキンソン 脳梗塞・脳溢血・脳卒中・認知症・心筋梗塞 その他()				
お口の状態	総入れ歯・部分入れ歯・自歯 ※ 痛み(有・無)					
この日の悪い日	曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
	時間	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後
	理由					
主訴 (ご依頼理由)	(例:奥歯に痛みがある、入れ歯の調整を希望 など)					
ご担当者 ケアマネージャー	事業所名 住所 TEL - - FAX - - ケアマネージャー名 様					

※ 上記項目にご記入の上(お分かりになる範囲)、FAXにて送信お願いいたします。

※ 上記項目(ご利用者様名等)のプライバシーは、厳守いたします。また、診療目的以外には使用いたしません。

ND日本訪問歯科センター

フリーダイヤル

さわやか よい歯に

☎0120-38-4182