

# 歯科往診申込書

お申し込みはFAXで  0120 - 199 - 505

〈フリーダイヤルが繋がらない方はこちらまで〉 FAX:03-5294-1150

お申込年月日 年 月 日

患者様 氏名	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	年齢	電話番号
	様		明・大・昭・平		( )
住所	自宅	都 道			
	入所先 (施設名)	府 県			
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中の症状)					
通院困難なご事情 (病気の経歴)			※感染症⇒あり ( )・なし ※通院⇒あり・なし・往診 ※入院⇒		
歩行状態	寝たきり・準寝たきり・要介助・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・社保家・前期高齢者・後記高齢者・生保・障害者 (等級: )				
ケアマネジャー様のお名前 (フリガナ)	事業所名	電話番号	FAX番号		
ご連絡方法	1. 患者様宅へ電話                      2. 事業所様へ電話 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	あり・なし	サービスと知ったきっかけ			
ご連絡事項					

ご依頼者	(事業所・病院・家族)	担当者名	(フリガナ)
TEL番号	( )	FAX番号	( )

ご提供頂いた情報は、当協会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、厳密に保管管理いたします。

一般社団法人 日本訪問歯科協会 コールセンター TEL:0120-099-505 FAX:0120-199-505

