

歯科往診申込書 記入例

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〉 03-5294-1150

お申込年月日 ○ 年 ○ 月 ○ 日

患者様 氏名	フリガナ ヤマダ ○○○	男 ・ 女	生年月日	年齢	電話番号
	山田 ○○○ 様		明・大・昭・平 9年 2月 4日	89歳	00 (0000) 0000
住所	自宅 都道 入所先 府県 (施設名) 訪問先の住所をご記入ください				
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)	入れ歯が安定しないため、食べ物が噛めない		※感染症⇒あり () (なし) ※通院⇒あり・なし・往診 ※入院⇒		
通院困難なご事情 (病気の経歴)	脳梗塞の後遺症のため、右片麻痺				
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 (4) 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	事業所名	電話番号	FAX番号		
(フリガナ) スズキ ○○○ 鈴木 ○○○	居宅介護支援 ○○○	00 (0000) 0000	00 (0000) 0000		
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	水曜と金曜日以外				
往診日のご都合など	月曜と木曜日以外で往診をお願いします				
駐車スペース	あり・なし	サービスと知ったきっかけ	薬局でパンフレットを見て		
ご連絡事項					

ご依頼者	(事業所・病院・家族) ○○○ 介護支援センター	担当者名	(フリガナ) サトウ ○○○ 佐藤 ○○○
TEL番号	00 (0000) 0000	FAX番号	00 (0000) 0000

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