

FAX(24時間受付):088-689-3295

<和田歯科医院 訪問歯科診療申込シート>

お申込み日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

お申込み種類	口腔ケア ・ 治療 ・ 検診					
フリガナ					性別	男 ・ 女
患者様氏名						
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)					
ご住所	〒 _____ - _____ - _____					
同居者	独居 ・ 同居(配偶者) ・ 同居(子ども) ・ その他(_____)					
電話番号	_____ - _____ - _____				介護保険	有 ・ 無
病気の経歴	有 ・ 無	心臓病 ・ 肝臓(A型・B型・C型) ・ 糖尿病 ・ 腎臓 ・ パーキンソン 高血圧 ・ 脳卒中(脳梗塞・くも膜下出血など) ・ 心筋梗塞 その他(_____)				
お口の症状	総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ 自歯 ※痛み (有り ・ 無し)					
ご都合の悪い日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
ご都合の悪い時間	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後
理由						
備考欄 (お問い合わせのきっかけとなるお悩み)						
担当ケア マネージャー様	事業所名					
	フリガナ					
	ご氏名					
	電話番号			FAX番号		
ご依頼者名	事業所名(_____) / 紹介者名(_____ 様)					
	ご家族 ・ 在宅介護支援センター ・ 居宅介護支援事業所 ・ 訪問看護 ・ 病院					

お手数ではございますが、**分かる範囲で結構**ですので、
上記項目にご記入のうえ、下記までFAXにてご送信お願い致します。

医療法人 **和田歯科医院**
〒779-0302徳島県鳴門市大麻町大谷字久原75-1
FAX:088-689-3295
(この用紙のままお送りください)
フリーダイヤル:0120-28-0026