

あきみつ歯科

訪問歯科診療 申込書

お申し込み方法：下記連絡先までFAXを送ってください。
お申し込み後、担当者より連絡させていただき、訪問日を決定します。
※FAXをお持ちでない方、記入が困難な場合は、
お電話 072-233-0418 へご連絡ください。

FAX 番号:072-233-0419

申込日 令和 年 月 日

申込者	患者様との関係： 申込者の電話番号：
-----	-----------------------

(ふりがな) 患者様の氏名	(男・女)
生年月日	(大・昭・平) 年 月 日 (満 歳)
訪問先住所	電話番号： 駐車スペース： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
日程調整などの 連絡先	<input type="checkbox"/> 患者様ご本人と相談・調整が可能 <input type="checkbox"/> 患者様ご本人以外 →氏名： 患者様との関係： 電話番号： 連絡のつきやすい曜日・時間帯：
介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中
担当ケアマネ	事業所 氏名
かかりつけ医院	<input type="checkbox"/> あり→医院名： <input type="checkbox"/> なし 電話番号：

■症状、希望する治療について

<input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐきの痛み <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> その他
詳しい内容：