

# 歯科訪問申込書

お申し込みはFAXで FAX 0480-59-0481  
〈FAXがつかない方はこちらまで〉 TEL 0480-59-0481

お申込み年月日 年 月 日

患者様 氏名	フリガナ	性別	生年月日	年齢
	様	男 女	明・大・昭・平 年 月 日	歳
電話番号 ( )		FAX ( )		
住所	自宅	都 道		
	入所先 (施設名)	府 県		
主訴 (現在気になっているお口の中の症状)				
※治療に限らず検診や相談でも結構です。				
通院困難なご事情 (病気の経歴)		※感染症⇒有 ( ) ・ 無		
		※通院⇒有 ・ 無 ・ 往診		
		※入院		
歩行状態	寝たきり・準寝たきり・要介護・車椅子・短時間可能・屋内可能・他( )			
保険証の種類	介護度( ) 国保・社保本人・社保家族・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者			
ケアマネジャー様のお名前	事業所名	電話番号	FAX番号	
ご連絡方法	1.患者様宅へ連絡 2.事業所へ連絡 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	有・無	サービスを知ったきっかけ		
ご連絡事項				

ご依頼者様(事業者・病院・家族)	担当者名
電話番号 ( )	FAX番号 ( )

ご提供いただいた情報は、当医院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、厳密に保護管理致します。



金子歯科医院 〒340-0215 久喜市栄 1-2-1 グロリエビル I 2F

TEL・FAX 0480-59-0481

<http://www.saitama-kdc.com/>