

幸田歯科医院 歯科往診申込書

お申込は FAX で 078-797-0245

		お申込年月日		年	月	日
フリガナ		男性	年齢	電話番号		
患者様氏名		女性	歳	()		—
住所						
都道府県 市						
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症状をご記入下さい)						
現在ご病気で通院されていますか?	通院はしていない / 通院中 / 往診を受けている / 入院中					
現在ご病気→ (病名、症状などを詳しくご記入下さい)						
感染症について	→ 現在 A,B,C型 肝炎 / その他 () で通院している・感染症はなし					
寝たきり・歩行可	→ 介助が必要 / 車いす使用 / 短時間歩行可 / 屋内で歩行可 ()					
保険証等の種類	→ 国保 ・ 社保本人 ・ 社保家族 ・ 老人保健 ・ 障害者 ・ 生保					
介護保険の介護度	→ 要支援 1・2 要介護 1 2 3 4 5 ・ 持っていない					
歯科往診のご利用は→	初めて ・ 以前にもある： 年 月 日 (歯科医院名)					
連絡方法	①患者様宅に電話 ②事業者様に電話 ③身内・知り合いに電話 ④その他 () 様) TEL:					
ご連絡希望日時	→ 月 火 水 木 金 土 日 の [] 時頃を希望します。					
往診都合の悪い曜日→	月 火 水 木 金 土 日					
駐車スペース	ある ・ なし ()					
ケアマネージャ様のお名前	事業所名	電話番号	FAX 番号			
事業所名 (施設、病院、家族)		担当者名				
電話番号 () —		FAX 番号 () —				