

歯科訪問診療申込書 FAX 用

氏名： _____ 年齢： _____

電話番号： _____

住所： _____

下記の質問にお答えください。(答えられる範囲でかまいません)

①どのような症状ですか？

・入れ歯が合わない ・歯が痛む ・口腔ケア希望 ・その他 (_____)

②過去に歯科訪問診療を利用した事がありますか？

・はい ・いいえ

③介護保険を利用されていますか？

・はい(要支援・要介護 _____) ・いいえ

④現在、加療中の病気について

・あり(_____) ・なし

⑤緊急連絡先について

氏名 _____ TEL _____

⑥訪問診療を希望される曜日

訪問可能な時間帯に○をつけて下さい。詳細な時間は電話にてお聞きします。

	月	火	水	木	金	土
午前						
午後						

⑥質問等があればお書きください

⑦自宅周辺図(書かなくてもかまいません)

ご記入いただきありがとうございます。当日か翌診療日に電話にてご連絡いたします。

楓歯科クリニック 〒223-0057 港北区新羽町 1688-1

TEL.FAX 045-573-1182