

この申込フォームをコピーしてお使いください。記入方法は7ページ(裏面)をご覧ください。

歯科往診申込書

お申し込みはFAXで ☎0120-199-505

〈フリーダイヤルがつかない方はこちらまで〉FAX03-5294-1150

お申込年月日 年 月 日

患者様 氏名	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	年齢	電話番号
			明・大・昭・平		()
住所	自宅 入所先 (施設名)	都道 府県	年 月 日	歳	
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お口の中の症状)					
通院困難なご事情(病気の経歴) ※感染症⇒有り()・無し ※通院⇒有り・無し・往診 ※入院					
歩行状態	寝たきり・準寝たきり・要介助・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・社保家・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者				
ケアマネージャー様のお名前 (フリガナ)	事業所名	電話番号	FAX番号		
ご連絡方法	1. 患者様宅へ電話 2. 事業所様へ電話 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	有り ・ 無し	サービスを知ったきっかけ			
ご連絡事項					

ご依頼者	(事業所 ・ 病院 ・ 家族)	担当者名	(フリガナ)
TEL番号	()	FAX番号	()

ご提供頂いた情報は、当協会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、厳密に保管管理致します。

一般社団法人 日本訪問歯科協会 歯科往診受付専用ダイヤル ☎0120-86-4159 ハロー良い口腔 〈フリーダイヤルがつかない方はこちらまで ☎03-5297-5071〉
往診に関するお問い合わせは ☎0120-099-505 まで