

訪問診療申込書

お申し込みFAX

0186-59-4902

申し込み年月日		年	月	日	当院の訪問診療		初・再	
患者様 氏名	フリガナ			性別	生年月日			
	様			男	明・大・昭 年 月 日(歳)			
女								
電話番号		()		FAX		()		
住所	自宅	〒						
	入所先 (施設名)	都 道 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・家族)・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	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()						
ご希望日時								
往診日の都合など								
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(事業所・病院・家族)				担当者			
電話番号		()		FAX		()	

ご提供いただいた情報は、当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、厳密に保管管理致します。

ながはしデンタルクリニック 〒 017-0041 秋田県大館市宇大田面393-1

TEL 0186-59-4901

FAX 0186-59-4902