

# 中川駅前歯科クリニック 訪問歯科診療申込書

この申込書は、ご訪問させて頂いた時にご記入頂くものですが、あらかじめご準備いただきますと、診療をスムーズにおこなうことができます。

|       |             |   |          |
|-------|-------------|---|----------|
| フリガナ  |             | 男 | 電話番号     |
| 患者様氏名 | 様           | ・ | ( )      |
| 生年月日  | 明治・大正・昭和・平成 | 年 | 月 日 ( 歳) |
| 住所    | 〒 -         |   |          |

|       |                             |
|-------|-----------------------------|
| 介護認定  | 要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護・要介護5 |
| 健康保険証 | 老人・生保・障害・その他( )             |

|               |     |       |     |
|---------------|-----|-------|-----|
| ケアマネージャー様のお名前 | 様   |       |     |
| 事業所名          |     |       |     |
| 電話番号          | ( ) | ファックス | ( ) |

|                  |  |
|------------------|--|
| 病状（依頼内容）         |  |
| お口の中の状態          |  |
| 持病をお持ちの場合はお書き下さい |  |

|                     |    |     |     |     |     |     |
|---------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 希望する曜日と時間帯          | 曜日 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 土曜日 |
| ※ご希望のお時間に「○」をつけて下さい | 午前 |     |     |     |     |     |
|                     | 午後 |     |     |     |     |     |

ご予約は電話とファックスで承っております

電話 045-910-2277      ファックス 045-910-2278