

記入例

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〉FAX 03-5294-1150

お申込年月日 平成00年 00月 00日

患者様 氏名	フリガナ ヤマダ ○○○	男 ・ 女 <input checked="" type="checkbox"/>	生年月日	年齢	電話番号
	山田 ○○ 様		明・大昭平 9年2月4日	81 歳	
住所	自宅 ○○○ 都道府県 ××××××××××				
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) 入れ歯が安定しないため、食べ物が噛めない					
通院困難なご事情(病気の経歴) 脳梗塞の後遺症のため右片麻痺					
※感染症⇒有り()・無し <input checked="" type="checkbox"/> ※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 <input checked="" type="checkbox"/> ・車椅子・短時間可能・屋内可能・他()				
保険証の種類	介護度(4) 国保・社保本・社保家・前期高齢者・後期高齢者 <input checked="" type="checkbox"/> ・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		
鈴木 ○○	○○居宅介護支援事業所	0000-0000-0000	0000-0000-0000		
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	水曜と金曜日以外				
往診日のご都合など	月曜と木曜日以外で往診をお願いします				
駐車スペース	<input checked="" type="checkbox"/> 有り・無し	サービスを知ったきっかけ	薬局でパンフレットを見て		
ご連絡事項					
ご依頼者(事業所・病院・家族) ○○○介護支援センター				担当者名 佐藤 ○○	
電話番号 0000(0000)0000			FAX番号 0000(0000)0000		

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 コールセンター TEL ☎0120-099-505 FAX ☎0120-199-505

〈フリーダイヤルがつかない方はこちらまで〉TEL 03-5297-5071 FAX 03-5294-1150