

記入例

歯科往診申込書

お申し込みはFAXで (FAX) 0466-49-1381

お申込年月日 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日

患者様 氏名	フリガナ ヒラノ 〇〇〇〇	男 ・ 女	生年月日	年齢	電話番号
	平野 〇〇 様		明・大・昭・平 9年2月4日	81 歳	〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇
住所	自宅 〇〇〇 都道 入所先 〇〇〇 府(県) ××××××××××××××	(施設名)			
	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 ※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・車いす・短時間可能・屋内可能・他()				
保険証の種類	介護度() 国保・社保体・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		
鈴木 〇〇	〇〇居宅介護支援事業所	000-0000-0000	000-0000-0000		
ご連絡方法	1.患者様宅へ電話 1.患者様宅へ電話 2.身内・知人・その他へ電話()様 TEL()				
ご連絡希望日時	水曜・金曜日以外				
往診日のご都合など	月曜・木曜日以外で往診をおねがいします				
駐車スペース	有り・無し	サービスを知ったきっかけ	薬局でパンフを見て		
ご連絡事項					

ご依頼者	(事業所・病院・家族) 〇〇〇介護支援センター	担当者	(フリガナ) サトウ 佐藤 〇〇
TEL番号	000 (0000) 0000	FAX者名	000 (0000) 0000

ご提供頂いた情報は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。

医療法人社団湘仁会 ひらの歯科医院 TEL 0466-49-1382 FAX 0466-49-1381