

歯科訪問診療申込書

申込日 年 月 日

菅谷歯科医院 FAX : 06-6653-1575

mail : sugaya.dentaloffice@gmail.com

◎下記欄をご記入の上、FAX又は、mailをお願いいたします。

ふりがな			
患者氏名		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
訪問先住所 ・ 自宅 ・ 施設	〒		
電話番号			

ご担当の ケアマネージャー様	事業所名	お名前
	TEL	FAX
保険証負担割合	医療保険 1・2・3 その他()	介護保険 1・2・3

依頼 内容	<input type="checkbox"/> 虫歯がある・歯が欠けた <input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 歯が取れた <input type="checkbox"/> 歯茎の腫れ・出血 <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた、合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯作りたい <input type="checkbox"/> 口腔ケア希望 <input type="checkbox"/> 嚥下関係 <input type="checkbox"/> その他()
既往歴	
服用中の薬	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の薬 その他()
希望 日時	第1希望： 曜日、時間 : ~ :
※木,日,祝日 は休診日	第2希望： 曜日、時間 : ~ :
	第3希望： 曜日、時間 : ~ :
	第4希望： 曜日、時間 : ~ :

初回無料歯科検診を希望の方はチェックを入れてください→