

歯科往診申込書

(ほかお歯科クリニック FAX 番号 : 0836-52-4620)

フリガナ	男 女	年 齢 歳	生 年 月 日			
患者様氏名 様			明 大 昭 平	年	月	日
住所	都 道 府 県					
電話番号 ()	-					
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症状をご記入ください)						
現在ご病気で通院されていますか	通院はしていない / 通院中 / 往診を受けている / 入院中					
病気の経歴 (病名、症状など詳しくご記入下さい。)						
感染症について	現在 A , B , C 型 肝炎 / その他 () で通院している・感染症はなし					
寝たきり ・ 歩行可	介助が必要 / 車椅子使用 / 短時間歩行可 / 屋内で歩行可 ()					
保険証等の種類	国保 ・ 社保本人 ・ 社保家族 ・ 老人保健 ・ 障害者 ・ 生保					
介護保険の介護度	要支援 ・ 1 2 3 4 5 ・ 持っていない					
歯科往診のご利用は	初めて ・ 以前にもある 年 月 日 (歯科医院名)					
連絡方法	患者様宅に電話		事業者様に電話			
身内・知り合いに電話 ()	様) TEL : ()		-			
住所 : 〒	-					
その他 ()						
ご 連 絡 希 望 日 時	月	火	水	木	金 土 日	時 頃 を 希 望
往診都合の悪い日	月	火	水	木	金 土 日	
駐車スペース	ある ・ なし ()					
往診サービスをどこで知りましたか	1、パンフレットを見て (薬局・その他) 2、車を見て 3、ご紹介					
備考欄						

事業所名 (施設、病院、家族)	担当者名
電話番号 ()	FAX 番号 ()