

FAX(24時間):06-6651-7281

< もとはら歯科クリニック 訪問歯科診療申し込みシート >

お申し込み日: 年 月 日 時

フリガナ							性別	男・女	
患者様氏名									
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 歳								
ご住所	〒 -								
同居者	独居・同居(配偶者)・同居(子ども)・その他( )								
電話番号	- -					介護保険	有・無		
病気の経歴	有・無	心臓病・肝臓(A型・B型・C型)・糖尿病・腎臓・パーキンソン 脳卒中(脳梗塞・くも膜下出血など)・心筋梗塞・その他( )							
お口の症状	総入れ歯・部分入れ歯・自歯 ※痛み(有り・無し)								
ご都合の悪い日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日			
// 時間	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後			
// 理由									
備考欄 (お問合わせ頂いた きっかけとなるお悩み)									
担当ケア マネージャー様	事業所名								
	フリガナ								
	ご氏名								
	電話番号				FAX番号				
御依頼者名	事業所名( )/紹介者名( )様 在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所・訪問介護・訪問看護St・病院								

お手数ではございますが、分かる範囲で結構ですので、  
上記項目にご記入のうえ、下記までFAXにてご送信お願いいたします。



もとほら歯科クリニック

〒557-0052 大阪府大阪市西成区潮路1-3-4

FAX(24時間):06-6651-7281

(この用紙のままお送りください)

フリーダイヤルTEL 0120-45-8211

