

FAX送信先:0463-73-7778

# 診療申込書

申込日: 年 月 日

診療希望	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 無料歯科健診						
ふりがな		性別 男 ・ 女					
氏名	様	生年月日 年 月 日					
ご住所	〒 -						
ご連絡先	電話番号 ( )- - <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 様(続柄 )						
主訴	(むし歯が痛む、入れ歯が壊れた・合わない、歯がしみる など)						
保険証	<input type="checkbox"/> 医療保険 国保 ・ 後期高齢者 ・ 社保 ・ 生保 <input type="checkbox"/> 介護保険 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 <input type="checkbox"/> 他医療証 ( )						
病歴 (持病など)							
ご担当ケアマネ	お名前 事業所名						
スケジュール	※1週間のおおよそのスケジュールをお書きください(ヘルパー、デイサービス、通院など)						
		月	火	水	木	金	土
	午前				休診日		
午後				休診日			
特記事項							

訪問歯科診療は、ご自身での通院が困難な方が利用できる診療です。  
 お電話でも診療申込は可能です。  
 お悩みや質問などお気軽にお気軽にお問い合わせください。

たいよう歯科 〒259-1133 伊勢原東大竹1-13-4  
 TEL/FAX:0463-73-7778