

医療法人 谷歯科医院

訪問歯科診療をご希望される場合は、下記申込書にご記入の上ファックスでご送信ください。

訪問歯科診療お申込書

お申込者	フリガナ		受診者との 続き柄	親・兄弟・子供 ケアマネージャ・その他	
	氏名				
	連絡先電話番号				
受診する方	フリガナ		性別	男・女	
	氏名		年齢	歳	
	住所				
	受診者の電話番号				
訪問診療で 受診したい内容	1) 歯が痛い 2) 入れ歯が痛い 3) 入れ歯が合わなくなった 4) 入れ歯がこわれた 5) 入れ歯を作りたい 6) その他 ()				
現在の お体の状態	1) 寝たきり 2) 準寝たきり(時々起きられる) 3) 意思の疎通が難しい 4) 椅子に座れない 5) その他 ()				
かかりつけ医者	医院・病院名		電話番号		
加入医療 保険・福祉	1) 医療保険(後期高齢者・国保・社保) 2) 重障老人 3) 生活保護 4) その他 ()				
担当ケア マネジャー	施設(事業所)名				
	氏名		電話番号		

受診者宅の簡単な地図
分かりやすい目印もご記入下さい。

駐車スペース
車の横付け(可・否)

▶▶ FAX番号 **0774-24-3719** ◀◀

医療法人 谷歯科医院