

歯科訪問申込書

お申し込みはFAXで FAX048-664-5295

(FAXつながらない方は) こちらまでTEL048-664-5112

お申し込み年月日 年 月 日 岡本歯科医院へ通院したことが ある ・ ない

患者様 氏名	フリガナ	性別	生年月日	年齢
	様	男 女	明・大・昭 年 月 日	歳
電話番号	()	FAX	()	
住所	自宅 入所先 (施設名)	〒		
主訴(現在気になっているお口の中の症状)				
※治療に限らず検診や相談でも結構です。				
通院困難なご事情(病気の経歴)				
※感染症⇒有()・無 ※通院⇒有・無・往診 ※入院				
歩行状態	寝たきり・準寝たきり・要介護・車椅子・短時間可能・屋内可能・他()			
保険証の種類	介護度()国保・社保本人・社保家族・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者			
ケアマネジャー様のお名前	事業所名	電話番号	FAX 番号	
ご連絡方法				
1.患者様宅へ連絡 2.事業所様へ連絡 3.身内・知人・その他へ電話()様 TEL()				
ご連絡希望日時				
往診日のご都合など				
駐車スペース 有 ・ 無				
ご連絡事項				

ご依頼者様(事業所・病院・家族)	担当者名
電話番号 ()	FAX 番号 ()

ご提供いただいた情報は、当医院の個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管管理致します。

岡本歯科医院

〒331-0812 さいたま市北区宮原町4-1-2-3

TEL048-664-5112