

《 安寿歯科四街道院 訪問申込書 》

申込年月日： 年 月 日 ※健診のご依頼時は太枠内のみのご記入で結構です。

依頼内容	○で囲ってください。 治療・健診 を希望します									
主訴	現在気になっている、お口の中の症状									
通院困難なご事情										
既往歴				感染症	無 ・ C肝 ・ B肝 ・ MRSA その他 ()					
(ふりがな) 患者様氏名	様			性別	男 女					
生年月日	明治 ・ 正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)			大						
住所										
電話番号	- -			FAX番号	- -					
介護保険証	(保険者番号)			(被保番号)			(介護度) 介・支・割			
	(認定日) 年 月 日 (有効期間)			~			年 月 日			
医療保険証	社保 ・ 国保 ・ 前期高齢者 ・ 後期高齢者 ・ 生保 ・ 障害									
1週間のご予定 (介護サービス等) ※「週間予定表」の 添付でも結構です。	時間	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時
	月曜日									
	火曜日									
	水曜日									
	木曜日									
	金曜日									
	土曜日									
(ふりがな) キーパーソン様氏名	様			続柄	同居・別居		(連絡先) - -			
その他 特記事項										
ご担当 ケアマネジャー様	(事業所名)			(住所)						
	(お名前)			(電話)		- -				
				様 (FAX)		- -				

お手数ですが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。
(病気の経歴・ご都合の悪い日はお分かりになる範囲で結構です。)

安寿歯科四街道院

FAX番号 : 043-309-4219

診療所電話番号 : 043-309-4218

患者様氏名につきましては、途中文字を●で伏せて表記願います。(安寿 太郎の場合⇒安●太●)