

古田歯科医院 訪問歯科診療お申し込みFAXシート

訪問歯科診療をご希望される方は、下記のお申し込み用紙にご記入の上、FAXにてご送信ください。

お申込者	ふりがな		受診者との 続き柄	親 ・ 兄弟 ・ 子ども マネージャー ・ その他
	お名前			
	お電話番号	-		-
受診する方	ふりがな		性別	男 ・ 女
	お名前		年齢	歳
	ご住所			
	お電話番号	-		-
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		お電話番号	- -
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 マネージャー	施設名			
	お名前		お電話番号	- -

受診者宅の簡単な地図 分かりやすい目印も ご記入ください。			
	駐車スペース	車の横付け (可 ・ 否)	

古田歯科医院

〒600-8425

京都府京都市下京区骨屋町323 三原ビル2F

TEL:075-341-0770

FAX:075-341-0711