

FAX(24時間):072-876-8522

<清水歯科医院 無料歯科検診・往診申し込みシート>

お申し込み日: 年 月 日 時

| | |
|---------|-------------|
| お申し込み種類 | 無料歯科検診 ・ 治療 |
|---------|-------------|

| | | | | | | | |
|---------------------------------|--|---|-------|-------|-------|-------|-----|
| 患者様氏名 | | | | | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 西暦 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 | | | | | 歳 | |
| ご住所 | | | | | | | |
| 同居者 | 独居 ・ 同居(配偶者) ・ 同居(子ども) ・ その他() | | | | | | |
| 電話番号 | — — | | | | 介護保険 | 有 ・ 無 | |
| 病気の経歴 | 有 ・ 無 | 心臓病 ・ 肝臓(A型・B型・C型) ・ 糖尿病 ・ 腎臓 ・ パーキンソン 脳卒中(脳梗塞・くも膜下出血など) ・ 心筋梗塞 ・ その他() | | | | | |
| お口の症状 | 総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ 自歯 ※痛み(有り・無し) | | | | | | |
| ご都合の悪い日 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | |
| // 時間 | 午前・午後 | 午前・午後 | 午前・午後 | 午前・午後 | 午前・午後 | 午前・午後 | |
| // 理由 | | | | | | | |
| 備考欄 (お問合わせ頂いた きっかけとなるお悩み) | | | | | | | |
| 担当ケア マネージャー様 | 事業所名 () ご氏名 (様) TEL: () / FAX: () | | | | | | |
| 御依頼者名 | 事業所名 () / 紹介者名 (様) 在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所・訪問介護・訪問看護St・病院 | | | | | | |

お手数ではございますが、分かる範囲で結構ですので、
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。

医療法人志清会 清水歯科医院

〒575-0002 大阪府四条畷市岡山2-1-70

FAX(24時間):072-876-8522

(この用紙のままお送りください)

フリーダイヤルTEL 0120-37-8801

