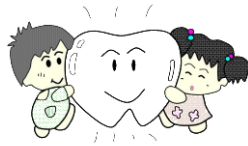


お申込みFAX番号 (084) 947-3409



デンタルクリニック東陽台
歯科往診 申込書

<分かる範囲でご記入ください>

申込日：平成()年()月()日

患者様の状況	お名前	ふりがな 様()歳 男女
	ご住所	ご自宅 ・ 施設(施設名)
	電話番号	() —
	お口のこと 入れ歯のこと などで困っていること 不安なこと(主訴)	(○をつけて下さい) 治療希望 検診希望
	通院が困難な理由 (自力通院が困難な理由が必要です)	
	今までかかった 体の病気について	脳梗塞・心臓疾患・糖尿病・高血圧症・高脂血症・がん・肝炎 腎臓病・その他() (気管切開・胃ろう含む)
	歩行状態について	寝たきり・準寝たきり・要介助・車いす・その他()
	介護度	なし(障がい等で外出困難、要介助者の付き添いを24時間していて動けない等) 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

訪問日時	往診日のご都合について	(都合のよい曜日・時間帯) (都合の悪い曜日・時間帯)
	訪問車を停める場所は	あ る (普通自動車用・軽自動車用) ・ な い

当院では、初診時に担当ケアマネージャー様にもご同伴いただき、より安心に、より快適に治療を受けていただけるよう努めております。

ケアマネージャー	担当ケアマネージャー様 お名前	様
	事業所名	
	お電話番号	() —

お申込者	お申込者	
	ご連絡先	*患者様ご自宅に同じ *事業所様(担当ケアマネージャー様) *身内・知人・その他 連絡先() —
	ご連絡 希望日時	月 日 時頃

ご提供いただきました個人情報は、守秘義務に基づき歯科診療を主目的として使用し、厳重に管理します。



デンタルクリニック東陽台

訪問専用TEL (080) 3056-1463

訪問専用FAX (084) 947-3409

〒721-0912 広島県福山市東陽台1-11-6

用紙はホームページからも入手できます touyoudai.jp