

在宅歯科診療申込書

FAX 04-2926-1536

① 御本人の氏名

② 生年月日/年齢

T・S 年 月 日 歳

③ 御本人の住所

④ 御本人の自宅電話/携帯電話

⑤ 駐車が可能な場所

あり・なし

⑥ お問合せを頂いた方のお名前

⑦ 御本人との関係

⑧ 住所または事業所名

⑨ 携帯電話番号

⑩ 保険の種類

国保/社保/生保/身障/介護/その他

⑪ 介護度

⑫ かかりつけ主治医

⑬ 主な疾病

⑭ 座位は可能ですか？

はい・いいえ

⑮ 認知症の症状はありますか？

あり・なし

⑯ 現在のお困り事に○をつけてください

入れ歯が合わない・入れが壊れた・入れ歯が欲しい・歯が折れた・歯が欠けた・歯がグラグラする・歯が痛む
歯ぐきから血が出る・冷たいものがしみる・歯が汚れている・歯を自分で磨けない・口臭がする・銀歯が取れた

⑰ 右記の表の該当欄に○をつけて、一週間の予定を教えてください

	月	火	水	木	金	土
デイサービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ヘルパー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⑱ 他にご要望がございましたら、お書きください

往診希望のお問合せ方法

1) お電話

04-2939-1048

2) FAX

04-2926-1536

3) LINE QRコード

『往診希望』とメッセージをお送りください。



フォーラスタワー1階 エンジェル歯科クリニック



〒359-1121 埼玉県所沢市元町28-9 フォーラスタワー 1F

所沢駅から徒歩12分
中央公民館地下駐車場/寿町市営駐車場をご利用可能



往診申込み FAX 04-2926-1536