

FAX (24時間) : 0957-43-4129

< ふじた歯科 訪問歯科診療申し込みシート >

お申し込み日: 年 月 日 時

お申し込み種類	歯科検診 ・ 治療					
フリガナ						
患者様氏名					性別	男・女
生年月日	明治 ・ 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)				血压	/
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					
	フリガナ					
	ご氏名					
	電話番号				FAX番号	
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。

ふじた歯科

〒859-0405 諫早市多良見町中里129-14

FAX (24時間) : 0957-43-4129

(この用紙のままお送りください)

TEL 0957-43-2212