

# 学園前歯科クリニック 訪問歯科診療依頼書

このご依頼書は、ご訪問させていただいた時にご記入いただくものですが、あらかじめご準備いただきますと、診療をスムーズに行うことができます。

|                           |                  |   |   |               |       |   |       |       |
|---------------------------|------------------|---|---|---------------|-------|---|-------|-------|
| フリガナ                      |                  |   |   |               |       |   | 性 別   | 男 ・ 女 |
| 患者様名                      |                  |   |   |               |       |   |       |       |
| 生年月日                      | 明治 大正<br>昭和 平成   | 年 | 月 | 日             | ( 歳 ) |   |       |       |
| 住 所                       | 〒 —              |   |   |               |       |   |       |       |
| 電話番号                      | 自宅<br>( ) —      |   |   | 携帯電話<br>( ) — |       |   |       |       |
| ご紹介者 (事業所)                | 様                |   |   |               |       |   |       |       |
| 保 険 証                     | 老人・生保・障害・その他 ( ) |   |   |               | 介護認定  |   | 有 ・ 無 |       |
| 病状 (依頼内容)<br>お口の中の状態      |                  |   |   |               |       |   |       |       |
| 持病をお持ちの場合<br>ご記入ください      |                  |   |   |               |       |   |       |       |
| 現在受けている<br>介護サービス         |                  |   |   |               |       |   |       |       |
| 訪問希望曜日                    | 曜日               | 月 | 火 | 水             | 木     | 金 | 土     |       |
| 希望時間帯<br>※ご希望のお時間をご記入ください | 午前               |   |   |               |       |   |       |       |
|                           | 午後               |   |   |               |       |   |       |       |
| ご家族・本人様情報                 |                  |   |   |               |       |   |       |       |
| 備 考 欄                     |                  |   |   |               |       |   |       |       |

ご予約はTELとFAXで承っています。

学園前歯科クリニック

〒266-0032 千葉市緑区おゆみ野中央1-18-4  
診療時間：AM10:00～PM7:00 休診日：日曜日、祝日  
TEL & FAX：043-292-8989 (FAXは24時間受付)