

<< 医療法人社団活生会 安寿歯科 訪問申込書 >>

申込年月日： 年 月 日 ※健診のご依頼時は太枠内ののみのご記入で結構です。

依頼内容	○で囲ってください。 治 療 ・ 健 診 を希望します		
主訴	現在気になっている、お口の中の症状		
通院困難なご事情			
既往歴		感染症	無 ・ C肝 ・ B肝 ・ MRSA その他 ()

(ふりがな) 患者様氏名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)		
住所			
電話番号	— —	FAX番号	— —

介護保険証	(保険者番号)	(被保番号)	(介護度)	介 ・ 支 ・ 割
	(認定日)	年 月 日 (有効期間)	年 月 日	～ 年 月 日

医療保険証	社保 ・ 国保 ・ 前期高齢者 ・ 後期高齢者 ・ 生保 ・ 障害
-------	-----------------------------------

1週間のご予定 (介護サービス等) ※「週間予定表」の 添付でも結構です。	時間	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時
	月曜日									
	火曜日									
	水曜日									
	木曜日									
	金曜日									
	土曜日									

(ふりがな) キーパーソン様氏名	様	続柄	同居 ・ 別居	(連絡先) — —
---------------------	---	----	---------	--------------

その他 特記事項	
-------------	--

ご担当 ケアマネジャー様	(事業所名)	(住所)
	(お名前)	(電話) — —
	様 (FAX)	— —

お手数ですが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。
 (病気の経歴・ご都合の悪い日はお分かりになる範囲で結構です。)

医療法人社団活生会 安寿歯科

住所：東京都荒川区南千住1-15-2 イストワール三ノ輪101号

FAX番号：03-6806-6717

訪問歯科診療専用ダイヤル：0120-418-449 (0120-よい歯-良い食)

診療所電話番号：03-3891-8984

患者様氏名につきましては、途中文字を●で伏せて表記願います。(安寿 太郎の場合⇒安● 太●)