



# 加島歯科 訪問歯科診療申込書

お申込年月日 年 月 日

患者情報	氏名	ふりがな	男・女	生年月日	年齢	電話番号
				明・大・昭・平		( )
				年 月 日	歳	
	住所	自宅 入所先 施設名				駐車場 有り・無し
主訴 (現在気になっているお口の症状)						

ご家族情報	氏名	続柄	住所
	電話番号	FAX番号	携帯番号
	( )	( )	( )

事業所情報	事業所名	ケアマネージャー氏名	メールアドレス (報告書送付先)

初回予約調整連絡先 1, 患者本人 2, 事業所 3, ご家族 4, 他 ( 様 ) TEL ( )

その他伝えたいこと

※都合のよいところに「○」、時間が限定される場合は訪問可能時間帯を記入してください。

訪問可能日時		月	火	水	木	金	土
	10:00~12:00						
	13:00~18:00						

ご提供いただいた情報は、守秘義務規定 (刑法134条) に基づき、診療の目的のみに使用します。

お申し込み先 **FAX 0422-53-8644**

以下診療所使用欄

受付日 / 担当者

初診日時 / :

フェイスシート・紹介状 FAX依頼 / 電話登録 青電口 / 黄電口

かしましか加島歯科 武蔵野市中町1-25-7-201 TEL・FAX0422-53-8644