小日向台町歯科　往診申込み票

お申込み日　　年　　月　　日　　時

種別	無料歯科検診　・　治療

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			
電話番号	ー　　ー	介護保険	有　・　無
保険証	老人　・　生保　・　障害　・　その他（　　）		
病気の経歴	有　・　無	心臓　・　肝臓（　A型　・　B型　・　C型　）　・糖尿 腎臓　・　パーキンソン　・　脳梗塞　・　脳溢血 脳卒中　・　認知症　・　心筋梗塞 その他（　　）	
お口の状態	総入れ歯　・　部分入れ歯　・　自歯　　※痛み（　有　・　無　）		

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（主訴）	
担当 ケアマネージャー	事業所名　　TEL　　（　　） 様　FAX　　（　　）
ご依頼者名	事業所名（　　）　紹介者名（　　） 在宅介護支援センター・　居宅介護支援事業所　・　訪問介護　・　訪問介護St　・　病院
電話番号・FAX	電話番号　　ー　　ー　　FAX　　ー　　ー

お手数ですが上記項目ご記入の上、下記までFAXにてご送信お願いいたしします。
（病歴・ご都合の悪い日は、お分かりになる範囲で結構です。）

小日向台町歯科

〒112-0006　東京都文京区小日向3-7-4　メゾンたかむら1階

FAX：03-6902-0048

訪問歯科診療専用ダイヤル　0120-648-043