

FAX(24時間):025-255-6481

<りんご歯科医院 歯科検診・往診申し込みシート>

お申し込み日: 年 月 日

お申し込み種類	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						
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)					
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 () ご氏名 (様) TEL: () / FAX: ()					
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。



RINGO DENTAL CLINIC

りんご歯科医院

FAX(24時間):025-255-6481

(この用紙のままお送りください)

TEL 025-255-6480

