

カズデンタルオフィス 訪問歯科ご依頼票

FAX 0274-67-7973 TEL 0274-67-7874

※) お手数ですが下記項目をご記入のうえFAXにてご送信下さいませようお願い致します。(電話にてもお受けいたしますが、多少のお時間を頂戴致します。)

患者様氏名			様	性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日 歳
保険証種類	国保()・社保	マル福(障)	・生保		
病歴	心疾患・脳疾患		感染症 無・有()		
	認知症・糖尿病		肝炎 無・有()型		
歩行状態	可能・不可能		その他()		
ご都合の悪い日・時間	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後

往診ご希望日時	第1	曜日	時	第2	曜日	時
---------	----	----	---	----	----	---

ご担当ケアマネージャ様	
事業所名	様

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い。 <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い(腫れた)。 <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物がとれた。 <input type="checkbox"/> 歯が動く。 <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い。 <input type="checkbox"/> 入れ歯が割れた。 <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい。 <input type="checkbox"/> 口腔ケアをして欲しい。 その他()
------------	---

ご依頼者様名	
ご担当者様名	
電話番号	

※)お忙しいところご記入いただき、誠にありがとうございました。
 内容を確認次第、迅速に対応しご連絡させていただきます。
 今後ともよろしく願います。 院長 松田 一樹