

訪問診療申込書

お電話または FAX にてお申込みください

TEL.046-844-8383 FAX.046-844-8384

| | | | | |
|------|----------|------------------|----|-----|
| フリガナ | | 生年月日 | 年齢 | 性別 |
| 氏名 | | 明 大 昭 平 年 月 日 | 才 | 男・女 |
| フリガナ | | | | |
| 住所 | 〒 TEL | | | |

問 診 票

| | | |
|----------------------------------|--------------|-------------|
| ①どのような症状ですか？（該当するものに○印をお付けください。） | | |
| ・ 歯が痛む | ・ 歯ぐきが痛む | ・ 銀歯がはずれた |
| ・ 出血が気になる | ・ 口臭が気になる | ・ 歯石をとってほしい |
| ・ 入れ歯を作って欲しい | ・ 入れ歯があたって痛い | ・ 入れ歯がゆるい |
| その他（ ） | | |
| 介護事業所 | 担当ケアマネージャー | |
| 主病名 | | |

ご家族様、医療機関・介護事業所様へ

次のご希望の欄に丸をお付けください。

初診日などの日程が決まり次第

連絡してください ・ 必要ありません

診療経過報告を

連絡してください ・ 必要ありません

申込者名

TEL

受診者
との続柄

〒239-0828 神奈川県横須賀市久比里
1-24-20 小川ビル1F

TEL. 046-844-8383

FAX. 046-844-8384



医療法人 Imamiya Medical Alliance

久里浜デンタルクリニック