歯 科 往 診 申 込 書

ファミリー歯科宮地
〒722-2211 尾道市因島中庄町3314-2
電話/FAX ： 0845-24-2555

FAX:0845-24-2555
お申し込みはFAXでお願いします。

お申込年月日　　年　　月　　日

フリガナ 患者様氏名　　様	男 女	年 齢 歳	電話番号 （　　）　　-
住所（ご自宅） 住所（入所先・施設名）　尾道市			施設名 （　　）
ご依頼内容　　治　療　・　口腔ケア　　を希望します。			
主　訴（ 現在気になっている症状をご記入ください ）			
現在ご病気で通院されていますか？	通院していない　/　通院中　/　往診を受けている　/　入院中		
病気の経歴　⇒　（病名、症状などを詳しくご記入ください）			

寝たきり　・　歩行可能	介助が必要　/　車いす使用　/　短時間歩行可　/　屋内で歩行可
保険証等の種類	国保　・　社保本人　・　社保家族　・　老人保健　・　障碍者　・　生活保護
介護保険の介護度	要支援　１　・　２　　要介護　１　２　３　４　５　・　持っていない
歯科往診のご利用は	初めて　・　以前にもある　⇒　　年　　月　　日（歯科医院名　　）
かかりつけ歯科医院は	歯科医院名（　　）

連絡方法　①患者様宅に電話　　②事業者様に電話
②身内・知り合いに電話（　　様　）TEL:（　　）　　-
④緊急連絡先・その他（　　）

ご連絡希望日時	月　・　火　・　水　・　木　・　金
往診都合の悪い日	月　・　火　・　木　・　金　　※水曜日は往診はございません。
駐車スペース	ある　・　なし

ご連絡事項

ケアマネージャー様のお名前	事業所名	電話番号	FAX番号

事業所名 （施設、病院、家族）	担当者名
電話番号（　　）　　-	FAX（　　）　　-

ご提供頂いた情報は、個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管管理致します。