

FAX 078-367-6254

お問い合わせは・・・

訪問専用フリーダイヤル



0120-84-2410

西田歯科医院 訪問診療 お申し込み票

お分りの箇所で結構です、ご記入ください。※ 駐車場代金などの交通費は一切発生しません。

ふりがな				性別	男・女
患者様氏名	様				
訪問先ご住所	神戸市	区		(様方)
☎	()	—	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日

お口の状況	<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない	()	<input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた	()
	<input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい	()	<input type="checkbox"/> 歯が	<input type="checkbox"/> 欠けた <input type="checkbox"/> 痛い ()
	<input type="checkbox"/> 歯グキ	<input type="checkbox"/> はれている () <input type="checkbox"/> 出血	初回無料歯科検診(お試し)を <input type="checkbox"/> 希望する ※お痛みがある場合などは対応できないケースあり	
	その他:			

既往歴	<input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 変形症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 感染症 (病名:) その他:			
介護区分	無・要支援 1・要支援 2・要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5			
ご担当ケアマネジャー様 事業所名				
ケアマネジャー様 氏名		☎	()	—
ご利用サービス (例)デイサービス 10:00~16:30 ヘルパ -9~9:30	月		木	
	火		金	
	水		土	

初回訪問日時調整を行って頂く方	
<input type="checkbox"/> ご担当ケアマネジャー様	<input type="checkbox"/> ご家族様 続柄 お名前 ☎ () —
<input type="checkbox"/> 患者様ご本人	<input type="checkbox"/> その他

その他 ご希望や伝達事項