

※このお申し込みフォームをA4用紙にコピーしてお使いください。



アフロデンタルクリニック

訪問歯科診療お申し込み書

お申込年月日 年 月 日

患者様 氏名	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	年齢	電話番号	
			明・大・昭・平			
		様	年 月 日	歳		
住所	自宅 入所先 (施設名)	都道 府県				
ご依頼内容	治療・検診・お口の健康相談会 を希望します					
現在気になっているお口の中の症状						
通院困難なご事情(病気の経歴)			※感染症 有り()・無し			
			※通院 有り・無し・往診			
			※入院			
歩行状態	寝たきり・準寝たきり・要介助・車椅子・短時間可能・屋内可能・他()					
保険証の種類	介護度() 国保・社保本・社保家・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者					
ケアマネージャー様のお名前	事業所名	電話番号	FAX番号			
ご連絡方法	1. 患者様宅へ電話 2. 事業所様へ電話 3. 身内・知人・その他へ電話()様 TEL()					
ご連絡希望日時						
往診日のご都合など						
駐車スペース	有り・無し	サービスを知ったきっかけ				
ご連絡事項						
ご依頼者(事業所・病院・家族)				担当者名		
電話番号 ()				FAX番号 ()		

ご提供頂いた患者様の情報は、アフロデンタルクリニックの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、厳重に保管管理いたします。

アフロデンタルクリニック ☎ 045-325-8041 (受付:月曜～土曜/9:30～18:30 ※日曜祝日は休診)

AFLOSS DENTAL CLINIC

お申し込み書を入れてから
封筒をのりしろで貼ってください

82円切手
を貼って
ください。

231-0045

アフロスデンタルクリニック 行

横浜市中区伊勢崎町4丁目108番地の2 佐藤ビル2階

訪問歯科申込書在中

のりしろ

郵送前チェック

- お申し込み書は入っています
- 切手は貼ってあります

お名前

ご住所

のりしろ