

訪問歯科診療申込書（一般用）

お申込みはFAXにて承ります

【FAX】03-3703-8851

お申込日	平成	年	月	日
------	----	---	---	---

ふりがな						性別	男・女
患者様氏名							
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	年齢	歳	
ご住所	〒 -						
電話番号	(続柄)				介護保険	有・無	
保険証	後期高齢・国保・社保・生保・障害・その他()						
依頼内容	在宅での 歯科治療 ・ 無料検診 を希望します。						
治療内容 (重複可)	・痛みがある(歯・歯ぐき)		・歯ぐきが腫れている		・出血がある		
	・入れ歯が合わない		・入れ歯がこわれた		・入れ歯を作りたい		
	・虫歯治療		・歯石をとりたい		・口臭が気になる		
	・飲み込みづらい		・その他 ()				
訪問希望日	月	火	水	木	金	土	
	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	
特記事項	※ご不明な点、ご希望等がございましたらお書き添えください						

ご連絡者様 (当院からご連絡させていただく方)

ふりがな			患者様との関係
氏名			
電話番号			



医療法人社団 幸進会

伊東歯科医院

〒158-0086

東京都世田谷区尾山台3-34-8 2階

【TEL】03-3703-8809