

**FAX番号:078-594-4130**

(この用紙のままお送りください)

**<医)西畑歯科医院 無料歯科検診・往診申し込みシート>**

お申し込み日: 年 月 日 時

|         |             |
|---------|-------------|
| お申し込み種類 | 無料歯科検診 ・ 治療 |
|---------|-------------|

|                                 |                                                              |                                                         |       |                     |       |       |     |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------|---------------------|-------|-------|-----|
| 患者様氏名                           |                                                              |                                                         |       |                     |       | 性別    | 男・女 |
| 生年月日                            | 明治・大正・昭和 年 月 日                                               |                                                         |       |                     |       | 歳     |     |
| ご住所                             |                                                              |                                                         |       |                     |       |       |     |
| 同居者                             | 独居・同居(配偶者)・同居(子ども)・その他( )                                    |                                                         |       |                     |       |       |     |
| 連絡先電話番号                         | -                                                            | -                                                       | 介護認定  | 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 |       |       |     |
| 病気の経歴                           | 有・無                                                          | 心臓・肝臓(A型・B型・C型)・糖尿・腎臓・パーキンソン<br>脳梗塞・脳溢血・脳卒中・心筋梗塞・その他( ) |       |                     |       |       |     |
| お口の症状                           | 総入れ歯・部分入れ歯・自歯 ※痛み(有り・無し)                                     |                                                         |       |                     |       |       |     |
| ご都合の悪い日                         | 月曜日                                                          | 火曜日                                                     | 水曜日   | 木曜日                 | 金曜日   | 土曜日   |     |
| // 時間                           | 午前・午後                                                        | 午前・午後                                                   | 午前・午後 | 午前・午後               | 午前・午後 | 午前・午後 |     |
| // 理由                           |                                                              |                                                         |       |                     |       |       |     |
| 備考欄<br>(お問合わせ頂いた<br>きっかけとなるお悩み) |                                                              |                                                         |       |                     |       |       |     |
| 担当ケア<br>マネージャー様                 | 事業所名 ( )<br>ご氏名 ( ) 様<br>TEL: ( ) / FAX: ( )                 |                                                         |       |                     |       |       |     |
| 御依頼者名                           | 事業所名 ( ) / 紹介者名 ( ) 様<br>在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所・訪問介護・訪問看護St・病院 |                                                         |       |                     |       |       |     |

お手数ではございますが、分かる範囲で結構ですので、  
上記項目にご記入のうえ、下記までFAXにてご送信お願いいたします。



医療法人社団

**西畑歯科医院**

住所 神戸市北区鈴蘭台南町3-11-11  
**FAX番号:078-594-4130**  
 TEL 078-594-4182