

**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 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	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 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 (お問合わせ頂いた きっかけとなるお悩み)							
担当ケア マネージャー様	事業所名 () ご氏名 () 様 TEL: () / FAX: ()						
御依頼者名	事業所名 () / 紹介者名 () 様 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