

# カズデンタルオフィス 訪問歯科ご依頼票

FAX 0274-67-7973 TEL 0274-67-7874

※) お手数ですが下記項目をご記入のうえFAXにてご送信下さいますようお願い致します。(電話にてもお受けいたしますが、多少のお時間を頂戴致します。)

患者様氏名		様	性別	男・女	
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	歳
保険証種類	国保(期)・社保	マル福(障)・生保			
病歴	心疾患・脳疾患 認知症・糖尿病	感染症 無・有( ) 肝炎 無・有( )型			
歩行状態	可能・不可能	その他( )			
ご都合の 悪い日 ・ 時間	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後

往診ご希望日時	第1	曜日	時	第2	曜日	時
---------	----	----	---	----	----	---

<b>ご担当ケアマネージャ様</b>	
事業所名	様

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い。 <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い(腫れた)。 <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物がとれた。 <input type="checkbox"/> 歯が動く。 <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い。 <input type="checkbox"/> 入れ歯が割れた。 <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい。 <input type="checkbox"/> 口腔ケアをして欲しい。 その他( )
------------	---

ご依頼者様名	
ご担当者様名	
電話番号	

※) お忙しいところご記入いただき、誠にありがとうございました。  
 内容を確認次第、迅速に対応しご連絡させていただきます。  
 今後ともよろしく願いいたします。 院長 松田 一樹