

(医) メディカルツリー表参道ハクデンタルクリニック 申込日： 月 日

訪問歯科診療申込書

依頼者名 _____ (利用者との関係： _____)
連絡先 電話 _____
FAX _____

ふりがな		性別	生年月日
患者様氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 () 歳
訪問先住所	電話：() — 駐車スペース：□あり □なし		
訪問希望日	曜日 □日・□月・□火・□水・□木・□金・□土 時間帯 □午前・□お昼・□午後		
主訴	□歯が痛い □歯ぐきが痛い □噛めない □入れ歯が合わない □入れ歯を作りたい □歯がぐらぐらする □口腔ケア □その他 ()		
主病名			
かかりつけ 病院・医院	病院・医院名： 担当医師名：	電話：	
介護度	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)		
担当 ケアマネージャー	担当者氏名：		事業所名：
	連絡先 電話：		FAX：

※申込書に記載の上、下記の FAX 宛てにお送りください。
申込受付後に折り返し担当者からご連絡させていただきます。

FAX 送信先：03-6418-6197

〒107-0061 東京都港区北青山 3-6-20 青山 T&E 5F
医療法人社団メディカルツリー表参道ハクデンタルクリニック
電話：03-6418-6198