歯科往診申込書

お申し込みはFAXで 083－924-8888

miwa歯科まで

申込書　　年　　月　　日

診察希望者	氏　名	(フリガナ)	男・女	年齢	生年月日 M・T・S　　年　　月　　日
	住所				
	電話番号		ＦＡＸ		
病院・施設入居場所	病院・施設名		担当者氏名		
	住所				
	電話番号		ＦＡＸ		
主訴	気になっている症状	□入れ歯が合わない　□入れ歯が壊れた　□歯が痛い □かぶせ・詰め物がとれた　□歯ぐきが痛い・腫れている　□歯がぐらぐらしている □口臭がする　□飲み込みにくい □その他(　　)			
通院困難なご事情（病気の経歴）		病歴	◆感染症　□なし　□あり(　　) ◆通院　□あり　□なし　□往診 ◆意思疎通　□可　□不可 ◆歩行　□可　□不可		
保険証の種類		□国保　□社保　□前期高齢　□後期高齢　□生保　□被爆者　□カク福			
介護度		□要介護(　)　□要支援(　)			
申込者		氏名		電話番号	
		住所		ご関係(　　)	
医科主治医名		氏名		電話番号	
		病院名		住所	
ケアマネージャー		氏名		電話番号	
		事業所		住所	
ご連絡方法		□患者様宅へ電話　□事業所様へ電話 □身内・知人・その他への電話(　　様　電話番号　　)			
往診日のご都合など					
受診場所		略図(駐車場所)			
ご連絡事項					

miwa歯科

〒753－0821

山口市葵2丁目2－30

TEL083-922-2020　FAX083-924-8888

http://www.miwa-dental.net/

受付時間　9:00～12:30

14:00～19:00(水、土除く)

9:00～15:00(土)

休診日　日・祝祭日・水曜日午後