

日曜日診療可能です。

FAX(24時間) : 03-5801-5873

すばる歯科クリニック 無料歯科検診 ・ 往診申し込みシート

お申込日 年 月 日

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	独身・同居(配偶者)・同居(子ども)・その他()						
電話番号						介護保険	有・無
病気の経歴	有・無	心臓病・肝臓(A型・B型・C型)・糖尿病・腎臓 パーキンソン・脳卒中(脳梗塞・くも膜下出血など) 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	日曜日
// 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	午前・午後
// 理由							
備考欄 (お問い合わせの きっかけとなるお悩み)							
担当ケア マネージャー様	事務所名 () ご氏名 (様) TEL: / FAX:						
ご依頼者様	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。

すばる歯科クリニック

〒104-0045 東京都中央区築地7-15-11 レジーナ銀座東202

FAX(24時間) : 03-5801-5873

(この用紙のままお送りください)

フリーダイヤル TEL 0120-8148-55