

訪問歯科診療申込書（事業所用）

お申込みはFAXにて承ります

【FAX】03-3703-8851

お申込日 平成 年 月 日

ふりがな				性別	男 ・ 女	
患者様氏名						
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	年齢	歳
ご住所	〒 -					
電話番号	(続柄)			介護保険	有 ・ 無	
保険証	後期高齢 ・ 国保 ・ 社保 ・ 生保 ・ 障害 ・ その他 ()					
依頼内容	訪問歯科治療 ・ 訪問無料検診 を希望します。					
治療内容 (重複可)	・痛みがある (歯・歯ぐき)		・歯ぐきが腫れている		・出血がある	
	・入れ歯が合わない		・入れ歯がこわれた		・入れ歯を作りたい	
	・虫歯治療		・歯石をとりたい		・口臭が気になる	
	・飲み込みづらい		・その他 ()			
訪問希望日	月	火	水	木	金	土
	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後
特記事項	※ご不明な点、ご希望等がございましたらお書き添えください					

ご依頼者

事業所名	職種	
	担当者名	
電話番号	紹介者名	



医療法人社団 幸進会

伊東歯科医院

〒158-0086

東京都世田谷区尾山台3-34-8 2階

【TEL】03-3703-8809