

訪問歯科診療・口腔ケア 申込書

■ 申込者

ふりがな		<input type="checkbox"/> ご家族（続柄 ） <input type="checkbox"/> ヘルパー
ご氏名		<input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他（ ）
連絡先	電話番号 （ ）	

■ 受診者

ふりがな		男・女
ご氏名		
生年月日	明治・大正 年 月 日（ 歳） 昭和	
住 所	〒	
電話番号	（ ）	
訪問が必要な理由	通院できない理由を簡単にご記入下さい	
どういった事でお困りですか？		
その他	かかりつけの先生がいれば （ 病院 先生） 訪問時に駐車する場所がありますか？（はい・いいえ）	
備 考		

----- [切り取り線] -----

申し込み FAX 番号 048 (487) 8104

※申込書を切り離し、横にしてFAX引き込み口に入れて下さい。

お問合せ先：川口訪問歯科センター

電話番号：090-4067-8020

（受付時間 平日 10時～15時）



対 象

寝たきりやお身体が不自由なため
通院による歯科治療が困難な方

費 用

保険診療等の自己負担分