

訪問歯科診療申込書

以下の内容をご記入のうえ、室井歯科医院まで
FAXにてお申し込みください。

FAX. 078-982-7746 (室井歯科医院)

お申し込み受付後、室井歯科医院より【3営業日以内】にお電話でご連絡いたします。
診療のご希望やご不明点がございましたら、お気軽にお問い合わせください。

なお、3営業日以内に連絡がない場合や、お急ぎの場合は、
お手数ですがお電話にてご連絡くださいますようお願い申し上げます。

患者様情報

ふりがな ----- 氏名	生年月日 年 月 日 (満 歳)
訪問先の住所 〒	電話番号

ご家族・ご担当者様

※午前 10 時から午後 7 時まで、ご連絡のつきやすい電話番号

ふりがな ----- 氏名	ご連絡先 ※
---------------------	--------

今のお困りごとやご質問等

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 入れ歯の調整 | <input type="checkbox"/> 口臭・ムセ・誤嚥が気になる |
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い・グラグラする | <input type="checkbox"/> 食事がうまく摂れない |
| <input type="checkbox"/> お口の中が不衛生・清掃が難しい | <input type="checkbox"/> 定期的なケアを希望 |
| <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) : | |