

ご自宅で歯科診療が受けられる！

訪問歯科診療申込書

お申込みはFAXで  **FAX: 0467-78-6485**

下記の表にご記入の上、FAXで送信してください。
お送りいただきましたら、担当者より折り返しご連絡いたしますので
しばらくお待ちください。

患者様の 情報	ふりがな	性別	生年月日		年齢
	ご氏名 様	男・女	明・大・昭	年 月 日	歳
	電話 ()	FAX ()			
患者様 ご住所 (入所先)	〒				
保険証の 種類	国保・社保本人・社保家族・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者				
ケアマネ ジャー様 の情報	ご氏名 様	事業所名			
	電話 ()	FAX ()			
現在お口の中で気になること、ご希望やご相談などございましたらご記入ください。					
往診日のご希望など					
依頼者様 の情報	ご氏名 様	ご所属(病院・事 業所・ご家族等)			
	電話 ()	FAX ()			

いただいた情報は、当院の個人情報保護方針に基づき、歯科医療の目的でのみ使用し、厳重に保管管理いたします。



医療法人社団
武内歯科医院

〒252-1131 神奈川県綾瀬市寺尾北3-12-32
TEL 0467-78-3020 FAX 0467-78-6485