

訪問歯科診療申込書

(医) ひかる会 あかね歯科 FAX 022-358-1211

患者様

ふりがな		男	生年月日	年	月	日
氏名		女				

主訴

往診日のご都合

- ・都合の悪い曜日 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土
- ・その他、ご希望や連絡事項がございましたら、ご記入ください。

治療のご希望

- 症状があるところ、困っているところだけを治してほしい
- 症状があるところ、困っているところだけでなく、問題があればお口全体を治してほしい

定期検診（口腔ケア）のご希望 有（1か月毎・2か月毎・3か月毎・その他） ・ 無

ご家族様（治療に関するご連絡先、治療費のご請求先）

氏名： 様 電話：

住所 〒

代筆者： 様

※医療保険、介護保険を使って診療を行います。

※診療費は1か月分をまとめて翌月の月初にご請求書を送付いたします。（支払い方法：振り込み）

上記について同意し、訪問歯科診療を受けます。