

訪問診療申込書

必要事項をご記入のうえ、FAX(ファックス)でご送信ください。

1 診療を受診される方について

フリガナ ----- ご氏名	男・女	明治・大正 昭和・平成・令和 年 月 日生まれ 歳
ご住所	電話番号	
	緊急時の連絡先	

※該当する項目に○印を付けてください。

一人暮らし・家族と同居

受診をご希望される主な理由

(※歯が痛い、入れ歯を作りたいなど)

【国保】本人・家族 【社保】本人・家族 生活保護

【前期高齢者】1割・2割・3割 【後期高齢者】1割・3割

【介護保険】要介護 5・4・3・2・1 要支援

【重度心身障害】障課・老課・障初・老初 特定疾患医療受給者証

現在の全身状態・疾患等をご記入ください

2 お申し込み者・施設・病院等について

フリガナ ----- 代表者・ お申し込み者ご氏名	施設名 病院名	部署名
住所	電話番号	
	FAX番号	

3 質問やご要望、ご相談などがございましたら、お気軽にご記入ください。

--

4 ご紹介者

ご氏名	電話番号	FAX番号
-----	------	-------

送信先 FAX(ファックス)番号

011-518-8009


 医療法人社団さくら会
ハロー小児歯科・歯科口腔外科

〒060-0804 札幌市中央区南4条西11丁目1293-13

TEL 011-518-8686

(電話受付時間 10:00~17:00/水曜・祝祭日を除く)

<http://www.hellodc.jp>

 医療法人社団さくら会
ゆき小児歯科・歯科口腔外科

〒006-0816 札幌市手稲区前田6条15丁目5-16

TEL 011-683-1818

(電話受付時間 10:00~17:00/水曜・祝祭日を除く)

<http://www.yukidc.jp>