

<飯田歯科医院 往診申込み票>

お申し込み日 年 月 日 時

種別	無料歯科検診 ・ 治療					
患者様氏名					性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日	歳
ご住所						
電話番号				介護保険	有・無	
保険証	老人 ・ 生保 ・ 障害 ・ その他()					
病気の経歴	有・無	心臓 ・ 肝臓(A型・B型・C型) ・ 糖尿 ・ 腎臓 ・ パーキンソン ・ 脳梗塞 脳溢血 ・ 脳卒中 ・ 認知症 ・ 心筋梗塞 ・ その他()				
お口の症状	総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ 自歯 ※ 痛み (有り ・ 無し)					
ご都合の悪い日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
時間	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後
理由						
備考欄						

お手数ですが上記項目にご記入のうえ、下記までFAXにて御送信お願い致します。

(病歴・ご都合の悪い日はお分かりになる範囲で結構です。)

飯田歯科医院

東京都世田谷区用賀4-16-51・Oハウス101

TEL・FAX 03-3707-4182

患者様氏名につきましては、初めの一文字だけ記入し、残りの文字は文字数分を×で表記願います。

(デンタル太郎の場合 ⇒ デン×× ×郎)