

地連歯科診療所 歯科診療 申込書

～地域連携・多職種連携・学際的連携 を目指す診療所です～

お申込日：西暦 年 月 日		
利用者 氏名	ふりがな	男性 女性
		生年月日 年 月 日 (歳)
住所 (自宅・施設・ 病院など)	〒	
電話番号		
緊急連絡先	氏名： (続柄) Tel：	
ご依頼内容	・検診 ・予防(口腔ケア) ・治療 ・相談 ・嚥下機能評価 ・訪問診療 (在宅医療) ・病診連携 ・その他 () を希望しま す。	
主訴	(最も気になる症状をお書きください)	
ケアマネー ジャー	事業所名： 担当者名：	電話番号： FAX 番号：
要介護認定	(要介護認定を受けている場合は、該当するものに○印を付けて下さい) 未申請 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	
障害者手帳	(手帳をお持ちの場合は該当するものに○印をつけてください) 身体障害者手帳 精神障害者福祉保健手帳 療育手帳	
記入者 (本人以外が記 入した場合のみ 記入して下さ い)	氏名： 連絡先住所： 電話番号 続柄：	

地連歯科診療所

〒203-0054 東京都東久留米市中央町 4-7-1

Tel: 042-445-4662 FAX: 03-6683-3249