

歯科訪問診療申込書

令和 年 月 日

本院の受診歴 有り・無し (どちらかに○を付けてください。)

受診歴が「有り」に○を付けた方は、下記枠内をご記入願います。

受診歴が「無し」に○を付けた方は、下記の枠内全てにご記入願います。

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男	1. 明 2. 大 3. 昭 4. 平 年 月 日生(才)
		女	
往診予定日		支払い方法	直接来院・現金書留・郵便為替・銀行振込・コンビニ払込
フリガナ	(市区郡町村以下の地名には必ずフリガナをお願いします。)		自宅
患者の現住所	〒□□□-□□□□	電話番号	勤務先・携帯
施設等※	施設名	紹介状	有 ・ 無
	電話		

※ 施設等にお入りの患者さんは、施設名及び施設の電話番号をご記入してください。

保険証及び診察券 (お持ちの方のみ)

のコピーを必ず貼付してください。

本申込書ご記入後、歯科訪問診療を受けられる3日前までに下記業務課宛へご送付願います(FAXでも可)。

東京医科歯科大学歯学部附属病院

〒113-8549 東京都文京区湯島1丁目5番45号

TEL 03-5803-4923

FAX 03-5803-0183