



訪問歯科診療 申込用紙

申し込み日 令和 年 月 日

1 患者様（訪問先）について

フリガナ ----- ご氏名	男 ・ 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳
ご住所		
電話番号	緊急時の連絡先	(続柄)



該当する項目に○印をつけてください



一人暮らし・家族（ ）と同居・施設に入所・その他（ ）

[医療保険] 1割 ・ 2割 ・ 3割 ・ 福祉 ・ 障害 ・ 生保

初めて訪問歯科を利用する ・ 訪問歯科を利用したことがある

受診を希望される主な理由や要望

(入れ歯が痛い・入れ歯を作りたい・虫歯がないか診てほしい・歯磨きをしてほしい 等)

2 お申込者について

フリガナ ----- ご氏名	事業所名・施設名	間柄
電話番号	FAX番号	



ゆうゆう歯科

名古屋市緑区兵庫1-712

TEL・FAX 052-990-1829

(訪問時間：月～金 9～16時 , 土日は応相談)