

吉武歯科医院 歯科往診部

往診申込書

申込日 年 月 日

患者名	男・女		
同意家族名			
生年月日	明・大・昭 年 月 日生 () 歳		
保険種類	老・障・身・親・福・社・国・退・後		
住所			
入院中、入所の方は 部屋番号を記入	病棟	号室	
ご連絡先TEL	()		
往診希望日	第一希望 第二希望	年 月 日	日 月 日
現在の症状			
担当医の承認確認 (あればご記入下さい)	あり (担当医名	先生)	なし
現在常用している 薬はありますか?	ない	ある [薬品名	何の薬]
薬の副作用、アレルギー、 特異体質等がありますか?	ない	ある [	]
現在又は今までに大きな病 気をしたことはありませ うか?	☐ ない ☐ 脳梗塞・脳出血 ☐ 糖尿病 ☐ パーキンソン病 ☐ 認知症 ☐ 心臓 ☐ 腎臓 ☐ 喘息 ☐ 高血圧 ☐ 肝炎(A・B・C) ☐ その他()		
ご担当者様			

受付時間 24時間OK

FAX 044-753-5318

往診

※ご利用に関するご質問は ご遠慮なくお電話下さい。
お問合わせ先 吉武歯科 往診部
TEL 044-751-5115

