

# 歯科往診問診票

患者様氏名	フリガナ	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	電話番号
	ご住所 自宅 入所先 (施設名)	都道 府県	
ご依頼内容		治療 ・ 検診	
主訴 (現在気になっているお口の症状)		<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> 義歯を作りたい <input type="checkbox"/> 口腔内が痛む <input type="checkbox"/> その他( )	
通院困難理由 (病気の経歴)			
保険証の種類		介護度( )                            国保 ・ 社保本 ・ 社保家 前期高齢者 ・ 後期高齢者 ・ 生保 ・ 障害者	
ケアマネジャー様のお名前 (フリガナ)		事業所名	電話番号    FAX番号
ご連絡方法		<input type="checkbox"/> 患者様宅への電話 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー様へ電話 <input type="checkbox"/> 身内、知人、その他 (Tel )	
ご連絡希望日時			
往診日のご都合など			
駐車スペース		有り ・ 無し	
服薬情報			
連絡事項			

## 福田歯科クリニック

東京都足立区谷在家1-19-7  
スカイコートイレブン 1F

TEL 03-3853-0318  
FAX 03-5809-4567

診療時間	9:00~12:00 14:30~19:30 ※土曜日のみ14:00~16:00
休診日	木曜日・日曜日・祝祭日