

# スギタ歯科篠崎診療室 〈訪問診療申込書 兼 無料訪問歯科検診申込書〉

下記欄にご記入の上、FAXまたはご郵送をお願いいたします。

FAX送付先

# 0120-72-4181

ご郵送先

〒133-0054  
東京都江戸川区上篠崎2-4-3

フリガナ	-----	性別	男 ・ 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
氏名					
住所					
電話	( ) -	FAX	( ) -		

日程・相談などご連絡させていただける方

フリガナ	-----	電話( ) -
氏名		携帯( ) -

主訴	・痛みがある( 歯 ・ 歯ぐき )		・歯ぐきが腫れている		
	・入れ歯が合わない		・入れ歯が壊れた		
	・入れ歯を作りたい		・詰め物、被せ物がとれた		
	・口腔ケア希望		・その他( )		
既往歴	・脳血管疾患( 脳出血 ・ 脳梗塞 )		・腎疾患		
	・心疾患( 心筋梗塞 ・ 弁膜症 ・ 狭心症 )		・認知症		
	・糖尿病		・その他( )		
	・高血圧				
	・肝疾患				
主治医	病院・医院( )		担当医:		
ご都合の良い日程	月曜日 AM ( : ) PM ( : )	火曜日 AM ( : ) PM ( : )	水曜日 AM ( : ) PM ( : )	金曜日 AM ( : ) PM ( : )	土曜日 AM ( : ) PM ( : )
駐車場	( 有 ・ 無 ) 駐車する場所:				
介護事業所・担当ケアマネージャー	事業所名		担当者名		

スギタ歯科  
篠崎診療室

TEL. 0120-77-4180  
〒133-0054 東京都江戸川区上篠崎2-4-3

■定休日/木曜日、日曜日、祝日  
■営業時間/9:30~13:00  
14:00~19:00(水・土は18:00)