

FAX申込書

必要事項をご記入の上、下記FAX番号まで送ってください。 申込日 平成 年 月 日

ふりがな			性別	
患者様お名前			男	女
お申込み者お名前				
申込み者と患者様の関係				
ご住所				
電話番号				
駐車できるスペースの有無				
担当ケアマネージャー様				
ケアマネ事業所名				
介護事業所番号				
事業所電話・ファックス	TEL	FAX		
通院困難な理由 かかりつけ病院				
介護認定 ※いずれかに○をお願いします。	非該当 ・ 申請中 ・ 要支援1 ・ 要支援2 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5			
保険種類 ※いずれかに○をお願いします。	生活保護指定 有 ・ 無 医療保険 有 ・ 無 障害者手帳 有 ・ 無			
気になる口の中の症状				
介護サービス等の利用日				
診療希望日時				

◎ご記入の後、下記までFAXをお願い致します。

※24時間受け付けております。

F A X : 0 3 - 6 9 0 4 - 6 4 3 2