

訪問診療 予約・調整ヒアリングシート

記入日： 年 月 日

送付者： _____

患者の名前：	生年月日：
連絡先：	
ご住所：	駐車場（有・無）
キーパーソン： 名前 _____	続柄 _____
連絡先 _____	
ケアマネ：	（ - - ）

依頼内容

義歯調整 歯の痛み 抜歯希望
口腔ケア 歯周病
その他（

介護区分

要支援 1 2
要介護 1 2 3 4 5

ケアマネ 所属と名前 _____
(連絡先) _____

病名

脳血管疾患 心疾患 高血圧 糖尿病 骨折 腎不全（透析）
その他（
服薬 あり なし

日程・希望条件（必ず第3希望までご記入ください）

第1希望	曜日(AM・PM・時間希望なし)
第2希望	曜日(AM・PM・時間希望なし)
第3希望	曜日(AM・PM・時間希望なし)

担当医や日程の優先度について

どちらを優先されますか？

- A 先生固定がいい（日程が先になっても同じ先生がいい）
- B 曜日・時間優先（先生が変わっても希望の日時がいい）
- C 特になし

キャンセル待ち・緊急連絡の可否

当日や前日にキャンセルが出た場合急なご案内をしてもよろしいですか？

はい（いつでも連絡OK、

都合がいい時間帯があれば

いいえ

問診表を見てご連絡させていただきます。

よろしくお願いいたします。

いちファミリー歯科医院

〒278-0006 野田市柳沢24-34

電話番号 04-7120-3232

FAX 04-7120-3233