

歯科往診申込書

| | | | |
|----------|-----------------------------|-----|--------------|
| お申込先 | 訪問歯科診療実施医院 : No. 2733003830 | TEL | 06-6324-1754 |
| 医療法人 肝周会 | くろだ歯科医院 | FAX | 06-6323-0048 |

| | |
|--------------|-------|
| ご依頼者氏名(フリガナ) | 事業所名 |
| 様 | 様 |
| 電話番号 | FAX番号 |

連絡方法 ①ご利用者(ご本人)さま宅に電話 ②ご依頼者さまに電話

③お身内・お知り合いに連絡 ()様 TEL: () -

④その他 ()

ご連絡ご希望日時⇒ 月 火 水 木 金 土 の 時頃を希望

駐車スペース ある ・ ない ()

| | | | | |
|--------------------|---|-------|---------|----|
| ご利用者(患者)さま氏名(フリガナ) | 男 | 生年月日 | M T S H | 年齢 |
| 様 | 女 | 年 月 日 | | 歳 |

住所 市 () 独居 () と同居

電話番号 () - FAX番号 () -

往診のご利用は? 初めて ・ 以前にもある⇒ 年 月 日 (歯科医院名)

| | | | | | | | | |
|---------|-------|--------|---------|---------|--------|---------|------|------|
| 保険証等の種類 | 国保 社保 | 高齢受給者証 | 後期高齢者医療 | 一部負担助成証 | 障害者医療証 | 特定疾患医療証 | 生活保護 | 被爆者証 |
|---------|-------|--------|---------|---------|--------|---------|------|------|

介護保険の介護度 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 / 持っていない 寝たきり・歩行可 ()

ご依頼内容 治療 ・ 検診 を希望します。

主訴(現在気になっている事をご記入下さい。)

病気の経歴⇒(病名、症状などを詳しくご記入下さい。) ・ 現在のご病気で⇒往診・通院・入院はしていない。

感染症: 無 ・ 有 ()

現状の介護サービス日程(内容・時間) ex デイサービス 9:00~16:00 訪看 12:30~13:30 等

| | |
|---|---|
| 月 | 火 |
| 水 | 木 |
| 金 | 土 |

※歯科医師がお伺いする際、注意すべき点がございましたらご記入下さい。

どちらで歯科往診サービスを知りましたか?

パンフレットを見て(薬局・役所・その他) ・ 車を見て ・ ご紹介 ()

可能な範囲で結構ですのでご記入願います。
治療は全て保険診療で行います。
交通費等の費用は必要ありません。