

訪 問 歯 科 申 込 書

お申込先 介護事業所番号: 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) 様	事業所名 様
電話番号	FAX番号

連絡方法 ①ご利用者(ご本人・患者)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 ()

駐車スペース 所有スペース あり ・ なし → 周辺コインパーキング あり ・ なし

ご利用者(患者)さま氏名(フリガナ) 様	男 女	生年月日 M T S H 年 月 日	年齢 歳
住所 市	独居 ()と同居		
電話番号 () - ()	FAX番号 () - ()		

訪問歯科のご利用は?	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
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			介護保険負担割合 1・2・3 割				
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。

どちらで訪問歯科のサービスを知りましたか? HP

インターネット検索 ・ 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。



医療法人 肝周会 **くろだ歯科医院**