

訪 問 歯 科 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 () -

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 ・ 摂食嚥下 ・ 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

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。



医療法人 肝周会 **くろだ歯科医院**