

訪問歯科診療申込書

記入日 平成 年 月 日

ふりがな 患者さま氏名	男・女		明治 大正 昭和 平成 年 月 日	年 齢	才
訪 問 先	病院・施設	病院・施設名			階 号室
	居 宅	〒 - TEL 携帯			
家 族 連 絡 先	ふりがな 氏 名		患者さま との間柄		
	住 所	〒 - TEL 携帯			
請 求 先	訪問先 / 家族 / 他 ()				
歯 に 係 る 症 状					
主 な 病 気 (通院困難理由)				かかりつけ医院・病院名	
現在飲んでいる薬	なし/あり → 薬剤名			(お薬手帳のコピー添付でも可)	
こ れ ま で に か か っ た 病 気					
感 染 症 の 有 無	なし/不明/あり → C型肝炎・B型肝炎 ()				
障 害 認 定	なし/あり → 内容 () (級)				
要 介 護 認 定	なし/あり → 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
駐 車 場 (居宅訪問の方)	訪問診療は普通乗用車で伺いますので、駐車可能な場所を教えてください 敷地内 / その他 ()				
ケアマネージャー 訪 問 看 護 師	ケアマネ	ふりがな なし/あり 氏名	事業者名	TEL	FAX
	看護師	ふりがな なし/あり 氏名	事業者名	TEL	FAX
申 込 者 (初回ご連絡先)	ふりがな 氏 名		患者さま との間柄		
	ご連絡先	TEL FAX (病院・施設の場合は名称及び所属につきましても記入ください)			
訪 問 不 可 日	(他のサービス等で、都合のつかない曜日や時間帯がありましたら記入ください)				

○訪問診療時は健康保険証(高齢受給者証)・介護保険証(負担割合証)・その他医療関係書類をご用意ください

総合歯科医療
医療法人 大明会

中村歯科医院

FAX 048-526-6589 まで送信ください

電話 048-524-0291 埼玉県熊谷市宮前町1丁目85番地