FAX： 03-6736-5514

訪問歯科診療申込書

申　込　日：令和　　年　　月　　日

記入者氏名：

ふりがな		性別	男 ・ 女
患者様名	様		
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・平成　　年　　月　　日　　歳		
住所	〒 □自宅　□介護老人保健施設　□特養　□その他（　　）		
電話番号			
キーパーソン	氏名：　　（続柄：　　）連絡先：		
病気の経歴	心臓（心筋梗塞・ペースメーカー使用）・肝臓（A型・B型・C型）・腎臓（透析 有・無） 糖尿・脳疾患（脳梗塞・脳卒中・脳出血） 認知症・骨折（腰椎・大腿骨・膝関節） リウマチ・パーキンソン病・変形症（腰椎・頸椎・膝関節）・その他（　　）		
介護認定	有 ・ 無	感染症	有 ・ 無 ・ 不明
主訴 （ご依頼理由）	（例：奥歯に痛みがある、入れ歯の調整を希望、嚥下を診て欲しい など）		
訪問NGスケジュール	※訪問看護やデイサービスなど他サービスが入っている日時をご記入ください		
担当ケアマネージャー	事業所名：　　担当者名：		
	連絡先：		
保険証情報	□医療保険証　□限度額認定証　□介護保険証　□介護負担割合証 □特定医療費（指定難病）受給者証　□マル障 受給者証　□障がい者手帳 □生活保護　　□申請中　　□紛失		
備考欄			

※保険証情報はご本人確認と請求で必要となります。上記項目にご記入の上コピー同送又はFAXをお願いします。

※上記項目(患者様名等)のプライバシーは厳守致します。また、診療目的以外には使用致しません。

医療法人社団 淼 (はるか) ごはんがたべたい歯科クリニック

東京都板橋区東新町1-26-15ラティーナⅡC TEL：03-5926-4166