

FAX:03-6736-5514

訪問歯科診療申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな		性別
患者様名		男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	
訪問先住所	〒	
連絡先電話番号	() -	
病気の経歴	心臓(心筋梗塞・ペースメーカー利用)・肝臓(A型・B型・C型)・ 糖尿・腎臓(透析 有・無)・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	
介護認知	有・無	感染症 (+・-) ()
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、嚥下を診てほしい など)	
訪問可能な時間・曜日	※デイサービス・訪問看護などのスケジュールがあれば記載して下さい。	
担当ケアマネージャー	事業所名 氏名 連絡先	
お申込者様氏名	様(続柄)	
保険証情報	<input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 介護割合証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 特患受給者証	
保険証なし	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 紛失	

※保険証情報はご本人確認と請求が必要となります。上記項目にご記入の上コピー同送又はFAXをお願い致します。
 ※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 森(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ラティエナII C号棟
 TEL:03-5926-4166