

医療法人 村内歯科医院
訪問歯科診療(歯科往診)申込書

申込日： 年 月 日

(フリガナ)				性別	男・女		
氏名							
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和			年	月	日	歳
住所	〒						
電話番号				介護認定	無・有 (要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5)		
保険証	後期高齢・国保・社保・生保・障害・その他()						
(現在および過去の)病気・障害	心臓(心筋梗塞・弁膜症・中隔欠損・ペースメーカー使用)・腎臓(透析 有・無) 糖尿病(インシュリン投与 有・無)・肝臓(A型・B型・C型)・認知症(重度・軽度) 脳血管障害(脳梗塞・脳出血・その他)・神経/筋疾患(パーキンソン病・筋萎縮症・その他) 脳性麻痺・脊髄損傷・その他()						
通院困難な理由	麻痺(右・左 上肢/下肢 麻痺)・骨折・認知機能低下・全身体力低下 その他()						
かかりつけ医療機関	医院名			電話番号			
	主治医			FAX			
口の状態	総入れ歯・部分入れ歯・自歯			痛み	有・無		
訴えの内容							
都合の悪い日	月	火	水	木	金	土	
	午前/午後	午前/午後	午前/午後	午前/午後	午前/午後	午前/午後	
理由							
備考欄							

申込み記入者	フリガナ	受診者との続柄(申込者・記入者からみて)				
	氏名	親・兄弟・子供・ケアマネージャー その他()				
事業所	() 在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所・訪問介護・訪問看護・病院					
電話番号			FAX			

医療法人 村内歯科医院
 〒661-0981 尼崎市猪名寺2-10-14
 FAX:06-6494-2064

保険証(介護保険被保険者証、負担割合証、特定疾患医療受給者証など)も一緒に提出して下さい。
 ご自宅の方は最寄りの地図もご連絡いただけますと幸いです。
 ※分からない点はお気軽にお電話でお問い合わせください。 電話番号:06-6494-2050