

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に存じます。  
 ※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