

医療法人 村内歯科医院

訪問歯科診療申込書(重症心身障害児・者用)

申し込み日 年 月 日

受診者 ^{ふりがな} 氏名 年 月 日生 (歳)

住所 〒

電話番号 自宅 携帯

主障害	
合併症	
手帳	療育 () ・身体 () ・精神 () 小児慢性特定疾病 (有 ・ 無) 指定難病 (有 ・ 無)
全身状態	栄養摂取: 経口・経鼻・胃瘻・その他 () 人工呼吸: (有 ・ 無)
かかりつけ 医療機関	医院名 主治医
相談内容	
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
申込み記入者	^{ふりがな} 氏名 受診者との続柄 ()
紹介元	

医療法人 村内歯科医院

〒661-0981 兵庫県尼崎市猪名寺2-10-14

Fax:06-6494-2064

Mail:inadera.murauchishika@gmail.com



保険証・医療費受給者証・特定疾病医療受給者証・最寄りの地図も一緒にお送り下さい

※ご不明な点がございましたら、お気軽に電話でお問い合わせください

Tel:06-6494-2050

後ほど折り返しこちらからご連絡させていただきます