

歯科訪問診療申込書

下記の欄の解る箇所は全てご記入ください。

ふりがな		性別	※生年月日	年齢
氏名		男・女	T・S・H 年 月 日	
住所	〒			血液型 型
TEL :		携帯番号 :		
病名と現在の 状況を詳しく お書き下さい	(病名)	(状況)		
申込者氏名			続柄	
要介護認定を取られている方はご記入下さい (要介護度) 1・2・3・4・5		要支援認定をとられている方はご記入下さい (要支援度) 1・2		
介護保険 負担割合		割		
主な介助者(キーパーソン) :		様		

保険証・介護保険証は、コピーを当院までFAX(072-468-6405)か、ozakishikaiinn@gmail.comまで画像添付(写メ)にてお送りください。

訪問歯科診療にお伺いするにあたり、ご希望の曜日・時間帯等がございましたら、ご記入下さい。

※ご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。

	第一希望	第二希望	第三希望
曜日			
時間帯			

在宅のご家族の皆様へ ……介護支援専門員様と当院にて連絡を行い、必要書類を頂くよう手配させていただきます。

介護支援事業者の皆様へ ……お手数ですが、フェイスシートと週間サービス表も同封お願い致します。
(恐れ入りますが初めての事業者様は介護支援事業者名とコードをお教えください)

