

# 訪問歯科診療申込書

(ご家族またはご本人用)

美唄歯科医師会行

申込年月日 平成 年 月 日

<申込書記入者> \_\_\_\_\_ <続柄> \_\_\_\_\_

フリガナ	<生年月日>
<氏名>	(男・女) TS 年 月 日生 ( 歳)
<住所>	
<電話番号、FAX>( — — )	
<保険証の種類>	国保 社保 後期高齢 生保 障がい者医療
<介護認定の有無>	あり (要介護度 ) ・ なし
<通院困難な理由>	寝たきり 車いす 歩行困難 片麻痺 その他 (具体的に) _____
<現在の主な病気>	高血圧 心臓病 脳血管障害 糖尿病 肝炎 その他 (具体的に) _____
<通院中の医療機関名>	_____
<かかりつけ歯科の有無>	有 ( _____ 歯科) ・ 無
<その他、何かあれば>	_____
<訪問歯科診療希望理由 (主訴)>	(例 入れ歯が合わない、新しく作りたい、歯が痛い、歯が動く 等)
<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	

美唄歯科医師会 TEL 070-2425-5900

FAX 0126-35-4585

E-mail bishikai@gmail.com

# 訪問歯科診療申込書

(事業所用)

美唄歯科医師会行

申込年月日 平成 年 月 日

<申込書記入者> \_\_\_\_\_ <職名> \_\_\_\_\_

<事業所名> \_\_\_\_\_ <連絡先> \_\_\_\_\_

フリガナ
<生年月日>
<氏名> _____ (男・女) TS 年 月 日生 ( 歳)
<住所> _____
<電話番号、FAX>(    —    —    )
<保険証の種類> 国保 社保 後期高齢 生保 障がい者医療
<介護認定の有無> あり (要介護度    ) ・ なし
<通院困難な理由> 寝たきり 車いす 歩行困難 片麻痺 その他 (具体的に) _____
<現在の主な病気> 高血圧 心臓病 脳血管障害 糖尿病 肝炎 その他 (具体的に) _____
<通院中の医療機関名> _____
<かかりつけ歯科の有無> 有 ( _____ 歯科 ) ・ 無
<その他、何かあれば> _____
<訪問歯科診療希望理由 (主訴) > (例 入れ歯が合わない、新しく作りたい、歯が痛い、歯が動く等)

美唄歯科医師会 TEL 070-2425-5900

FAX 0126-35-4585

E-mail bishikai@gmail.com