歯科診療申込書

年　　月　　日

受診者	ふりがな		男・女	生年月日	大 正・昭 和・平 成 年　　月　　日 生 （　　歳）
	氏　名				
	住　所	〒　　－			
	自宅電話		携帯電話		
申込者	ふりがな		続　柄		
	氏　名		自宅電話		
			携帯電話		
介護者	ふりがな		続　柄		
	氏　名	（　　歳）	自宅電話		
			携帯電話		

申込理由 （〇印）	1. 心身の状態が悪く、一般歯科診療所への通院が困難なため 2. 通院に付き添える介護者がいないため 3. その他（　　）

現在治療中の病名		療養開始 年　　月頃

【介護保険の認定を受けていますか】

いいえ　・　申請中　・　は　い　要支援（１・２）　要介護（１・２・３・４・５）

事業者名		担当者名	
		電話番号	

身体障害者手帳を持っていますか	いいえ　・　は　い（　　級）
心身障害者（児）医療受給者証を持っていますか	いいえ　・　は　い

保険の区分	・国　保　・社　保　・後期高齢　・生　保　・その他（　　）

【　この事業をどこで知りましたか　】

1. 市や区の広報　2. パンフレット・ホームページ
3. 紹介（医師・歯科医師・薬局・ケアマネージャー・保健センター・受診された方）
4. その他（　　）

【　**訪問診療を希望の方へ**　　都合の悪い曜日や時間帯があれば記入してください　】