

訪問歯科診療申込書

・私は、訪問歯科診療を受診したいので下記のとおり申し込みます
記

申し込み年月日	年 月 日 ()		
診療を受ける方	ふりがな 氏名		性別 男 ・ 女
	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)	
	住所 〒 -		電話
ご依頼者様名	氏名 (診療を受ける方とのご関係:)		
連絡先 必ず連絡取れる方	ふりがな 氏名	続柄	住所 電話
担当のケアマネ	事業所名 氏名	電話/FAX 訪問日時の連絡 ☐ 必要 ☐ 不要	
何にお困りですか (現在気になっている お口の中の症状)	☐ 歯 ☐ 入れ歯 ☐ むせやすい ☐ その他 () ※痛みの有無など詳細について記載お願いします ()		
通院困難なご事情 (病気の経歴)	☐ 認知症 ☐ 脳血管疾患 ☐ 神経疾患 ☐ 精神疾患 ☐ その他 () ※詳細:		
ADL(日常生活動作)	寝たきり ・ 要介護 ・ 車椅子 ・ その他 ()		
ペットはいますか	☐ 無 ☐ 犬 ☐ 猫 ☐ その他() ケージはありますか ☐ 有 ☐ 無		
駐車場の有無	☐ 有 (台分 特記事項等) ☐ 無 ()		

かかりつけ医	() 医院 ・ クリニック 担当医名 ()
感染症の有無	有 () ・ 無
介護認定	☐ 有 (要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ☐ 無
ご利用介護サービス	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土
備考	

※ご提供いただいた個人情報は、当クリニックの個人情報保護方針の利用目的に沿って使用し、厳密に保管管理致します。

訪問歯科診療申込書

＜訪問歯科依頼時の必要書類＞以下の書類をFAXまたはメールにてお送りください。
※誤送信にお気をつけください。

必ずお送りください。	訪問歯科診療申込書(本紙)
	健康保険証
お持ちであれば必ず お送りください。	高齢受給者証のコピー
	その他医療保険に関する受給者証のコピー 例：心身障害者医療費受給者証・特定疾患・指定難病等
	介護保険証のコピー 介護保険負担割合証のコピー

＜送付先＞

豊春MJ歯科クリニック 訪問歯科診療 担当宛
〒344-0043 春日部市下蛭田249-1
TEL：048-796-8101 FAX：048-796-8101
✉：info@toyoharu-mj-dc.com

ご依頼をいただきましたら、当歯科より訪問歯科予定日等についてご連絡を差し上げます。
訪問歯科の予約状況によってはご依頼から訪問歯科まで1週間以上かかることがあります。
お痛みなど急を要する場合はお手数をおかけしますが、その旨を依頼書の備考欄にご記入ください。