

# 訪問歯科診療申込書

申込日 平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	明・大・昭		
受診者 氏名			年 月 日	性別	男・女
		電話番号	( )		
ご住所					
申込者 氏名	続柄または事業所名				
連絡先	TEL	FAX			

健康保険の種類	国保・社保・老人・生保	身障者手帳	有 ( ) 級・無
介護保険	有・無	介護度	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)

訪問先	居宅・施設・病院・診療所		
名称			
住所	TEL	FAX	

主治医名		介護支援 専門員名	
連絡先	TEL	連絡先	
主な介護者	連絡先)		
主病名		感染症 肝炎 (A型 B型 C型) MRSA その他 ( ) アレルギー ( )	
認知症	有 ・ 無	意思の疎通	有 ・ 無

訪問希望日	月・火・水・金・土	駐車場	有・無
訪問時の注意事項			

★この用紙をいづか歯科クリニック宛に FAX してください。

訪問日時が決まりましたら当院よりご連絡いたします。

**FAX 0476-47-0025**

印西市草深 2419-9 ☎0476-47-1179 〒270-1337