

訪問歯科診療申込書

申込日 平成 年 月 日

負担割合

受診希望者	ふりがな			生年月日	明・大昭	年 月 日
	氏名	(男・女)				(満 歳)
	住所			電話番号		
申込者	ふりがな			連絡先電話番号		
	氏名	(受診希望者との続柄)				
健康保険証	種別	保険者名	被保険者番号		(本人・家族)	
後期高齢者医療被保険者証	保険者番号		被保険者番号			
介護保険認定	(無・有)	要介護状態区分	被保険者番号			
	認定有効期間		平成 年 月 日	から	平成 年 月 日	

寝たきりになった原因		時期	年 月頃	期間	年 力月
現在治療中の病気	(無・有)	病名			
申込理由	いつから				
	どこが	歯	歯ぐき	入れ歯	その他 ()
	どんな具合か	痛い	腫れた	噛めない	動く
	入れ歯が (合わない・壊れた)		入れ歯を作りたい		
希望する日時	特になし		有 (曜日・時間帯)		

小笠掛川歯科医師会 掛川市・菊川市・御前崎市

申込経路 1. 歯科医院直接 2. 市経由 (担当者名:) 3. その他 ()