

訪問歯科診療申込書

申込日 令和 年 月 日

受診希望者	ふりがな		生年月日	明大	年	月	日
	氏名	(男・女)		昭平			
	住所		電話番号				
申込者	ふりがな		受診者との続柄	申込手続 利用可能 電話番号			
	氏名						

健康保険証 (必須事項) (有効期限を確認してください)

本人	保険者番号	被保険者	記号	番号	負担割合	割
家族						

窓口負担金限度額認定証

あり→	区分→
なし	

重度心身障害者医療費助成受給者証

あり→	公費負担者番号	受給者番号
なし		

介護保険証

あり→	介護区分	介護事業所名	
なし		その連絡先	

お体の具合をうかがいます (必須事項)

寝たきりになった原因		寝たきりになった時期	平成	年	月頃	令和
現在治療中の病気	あり→ なし	病名	現在の通院歴	通院中 ←選択→	通院治療ができない	
申込理由	該当する欄にご記入ください。					
	歯の不調	例) 昨日から右上奥歯が痛む ()				
	入れ歯の不調	例) 義歯がゆるく、噛めない ()				
	その他	()				
訪問治療希望日時	特になし	あり→	曜日	時間帯	治療時の立会希望	特になし ←選択→ 必ず立ち会いたい