

## 訪問無料歯科健診・歯科診療依頼書

貴院の訪問無料歯科健診・歯科診療を申し込みます。

フリガナ 患者名	( 男・女 )		生年月日	M・T・S・H	年	月	日	( 歳)	
住所	〒 駐車スペース：なし・あり (敷地内・その他： )								
電話番号	介護認定			要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2					
保険証	国民保険 ・ 社会保険 後期高齢 ・ 生活保護			障害手帳		なし あり ( ) 級			
既往歴	支払方法			①訪問時集金 ②振込 ③口座引落					
主訴	無料健診 ・ 診療 (どちらかに○をお付けください)								
感染症	なし ・ あり ( )								
義歯 使用状況	上顎： あり ・ なし 下顎： あり ・ なし								
訪問希望		月	火	水	木	金	土	日	祝
複数ご記入 ください	午前								
	午後								
備考									
ご家族		続柄		連絡先①			連絡先②		
①									
②									
担当ケアマネジャー									
居宅介護支援事業所名				ご担当					
住所	〒								
電話番号	①				②				

