

訪問歯科診療 申込用紙

申込年月日	年 月 日						
患者様 ご氏名	ふりがな				性別	年齢	
					男 女	歳	
住所					駐車場 スペース	有 無	
電話番号	()						
連絡先	☐ ご本人 ☐ ご家族() ☐ その他()						
診療可能日		月	火	水	木	金	土
	AM						
	PM						
現在の介護 認定区分	☐ 要支援(1・2) ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5						
保険証の種類	☐ 国保 ☐ 後期高齢者 ☐ 社保 ☐ 生活保護 ☐ 障害者 ☐ 特定医療費(指定難病)						
既往歴 (全身的)							
ご相談内容							

お申込者 ご氏名	ふりがな		ご本人との関係
住所			
電話番号	()	FAX番号	()

介護支援専門員 (ケアマネージャー)	ふりがな		事業所名
住所			
電話番号	()	FAX番号	()

訪問歯科のご相談はコチラ



0774-22-1100

京都府宇治市槇島町落合120-1