

医療生協さいたま あさか虹の歯科 訪問歯科診療 申込書

お申込み年月日 年 月 日

利用者様 氏名	カガナ	男 ・ 女	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)
自宅 住所	〒 - 電話番号 ()		
入院 または 入所先	※訪問先が上記ご自宅以外の場合は、ご記入をお願いします 〒 - 施設名称: 電話番号 ()		
治療内容等 のご相談の ご連絡先	※治療上、必要なお連絡等をする際の連絡先のご記入をお願いします。 氏名: 様 (利用者様との御関係:) 電話番号: - -		
主訴 具体的に			
現病歴		*感染症⇒有 ()・無 * 医科受診⇒病院名	
既往歴		担当医名	
ADL (日常生活動作)	寝たきり・車いす・杖 他 ()		
保険証の種類	医療保険: 国保・社保・後期高齢・生保・障害者・その他 () 介護保険: 無・有 →有の場合 負担割合 () 割負担		
ケアマネージャー様のお名前	事業所名	電話番号	FAX番号
ご依頼者(事業所・病院・家族) *上記と同じ場合は、記入は不要です。 担当者名 電話番号			
ご利用介護サービス 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土			
駐車スペース 有 ・ 無 ご希望日時			
連絡事項			

2015.8 改定

※ ご提供いただいた個人情報は、当法人の個人情報保護方針の利用目的に沿って使用し、厳密に保管管理致します。

あさか虹の歯科 〒351-0033 朝霞市浜崎724-2

☎ 048-476-8241 FAX048-476-8242

<往診依頼時の必要書類>以下の書類を郵送またはFAXにてお送り下さい。

※FAXの場合は、誤送信にお気をつけください。

必ずお送りください。	訪問歯科診療申込書（本紙）
	健康保険証
お持ちであれば必ずお送りください。	高齢受給者証のコピー
	その他医療保険に関する受給者証のコピー 例：心身障害者医療費受給者証・特定疾患・指定難病等
	介護保険証のコピー 介護保険負担割合証のコピー

<送付先>

医療生協さいたま あさか虹の歯科 訪問歯科診療 担当宛
〒351-0033 朝霞市浜崎 724-2
TEL：048-476-8241 FAX：048-476-8242

ご依頼をいただきましたら、当歯科より往診予定日等についてご連絡を差し上げます。
往診の予約状況によってはご依頼から往診まで1週間以上かかることがあります。
お痛みなど急を要する場合はお手数をおかけしますが、その旨を依頼書の連絡事項にご記入ください。