

# 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<br>氏名                                      | カガナ  | 男<br>・<br>女                | 明治 大正<br>昭和 平成<br>年 月 日 ( 歳) |
| 自宅<br>住所  | 〒 - 電話番号 ( )   |                            |                              |
| 入院<br>または<br>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<br>〒 - 施設名称: 電話番号 ( )                    |                            |                              |
| 治療内容等<br>のご相談の<br>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。<br>氏名: 様 (利用者様との御関係: )<br>電話番号: - - |                            |                              |
| 主訴<br>具体的に                                      |  |                            |                              |
| 現病歴   |  | *感染症⇒有 ( )・無<br>* 医科受診⇒病院名 |                              |
| 既往歴   |  | 担当医名                       |                              |
| ADL<br>(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 ( )<br>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。<br>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<br>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<br>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。