

訪問歯科診療・訪問口腔ケア申込書

氏名	ふりがな	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	歳
住所	〒	
電話	弊院の問い合わせに対応できる電話	
介護保険	保険者番号	被保険者番号
	認定有効期間 平成・令和 平成・令和	年 月 日から 年 月 日まで
健康保険	保険者番号	記号 番号
公費・福祉医療	公費負担者番号	受給者番号
負担割合(健保)	1割・2割・3割	1回 円 月2回まで
要介護度	未認定 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
障害高齢者自立度	自立・J・A・B・C	認知症高齢者自立度 自立・I・II・III・IV・M
主な病名(内科、整形外科、精神科等の病名)		
かかりつけ医	病院・診療所名 主治医名	電話
介護支援事業所	事業所名	介護支援専門員
または介護施設	電話	ファクス

おわかりになる範囲で結構ですので ご記入のうえ ご送信ください。