

田中歯科医院

歯科訪問診療 申込受付票

申込日： 年 月 日

ふりがな
患者氏名 _____ 様 性別：男・女

住所： _____ 電話番号： _____

居宅・施設（施設名： _____ ）

生年月日： 明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）

申込相談者：本人・家族（続柄 _____ ）・ケアマネ・その他（ _____ ） 相談者 Tel： _____

訪問診療目的（現在困っていることをご記載ください）

[_____]

介護保険： なし ・支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

重度心身障がい者医療費助成 有・無

ケアマネ・相談員の所属と連絡先： 事業所名： _____ 担当者： _____ 様
電話番号： _____ FAX： _____

通院中の医療機関： _____ 担当医： _____ 先生（ _____ 科）

記載いただけましたら FAX もしくは郵送にて送付をお願いいたします。

田中歯科医院

〒952-0014 新潟県佐渡市両津湊 279

TEL:0259-27-2416 FAX:0259-27-4950