

訪問歯科診療 申込書

049-298-3213

この用紙にご記入のうえ、上記番号までFAXしてください。確認後、担当者よりお電話いたします。（お急ぎの方は 訪問専用ダイヤル 049-298-3203 へ）

送信日	ご記入者氏名	患者様との関係
年 月 日		本人・家族・ケアマネ・施設職員・その他

1. 患者様について

フリガナ	生年月日・年齢
お名前	明・大・昭 年 月 日（ 歳）
要介護度	様
申請なし・申請中・要支援（１・２）・要介護（１・２・３・４・５）	

2. 訪問先

☐ ご自宅	☐ 介護施設	☐ 病院（入院中）	☐ その他
ご住所（訪問先）			
施設・病院名		部屋番号など	

3. 主なご相談内容（あてはまるものすべてに✓）

☐ 入れ歯（痛い・ゆるい・壊れた）	☐ 歯の痛み	☐ 歯ぐきの腫れ・出血	☐ 口臭・お口の汚れ
☐ 口腔ケアをお願いしたい	☐ むせる・飲み込みにくい	☐ 食事量が減った	☐ その他

4. ケアマネジャー・ご連絡先

ケアマネジャー	いる・いない・わからない	ケアマネジャー氏名
事業所名		
お電話番号	希望連絡時間帯	午前・午後・夕方・いつでも可
希望連絡方法	電話・FAX・どちらでも	

5. お伝えいただきたいこと（自由記載）

既往歴・服薬・かかりつけ医・生活状況など、何でもご記入ください

【費用について】

医療保険・介護保険が適用されます。基本料の「歯科訪問診療料」は1割負担の方で1回あたり約1,000円前後が目安（訪問先や同一建物内の診療人数などの区分により変動）。処置内容に応じた費用が加わります。交通費はいただきません。