

## ☆訪問診療申し込みの際の注意事項☆

- ・集金は行っておりませんので、医院まで支払いに来ていただく必要があります。お支払いに来院(ご家族・その他)不可能な方はお伺いできませんので、ご了承ください。
- ・訪問診療に係る費用に置きましては、介護認定のある方は介護保険が優先です。介護保険負担割合により負担額が異なりますので、介護保険証をご確認ください。

# 訪問診療申込書 お申し込みFAX 0186-59-4902

申し込み年月日		年	月	日	当院の訪問診療		初・再
患者様 氏名	フリガナ	性別		生年月日			
		男					
	様	女		明・大・昭	年	月	日( 歳)
電話番号		( )		FAX		( )	
住所	自宅	〒					
	入所先 (施設名)	都 道 府 県					
主訴(現在気になっているお口の中の症状)							
通院困難なご事情(病気の経歴)				※治療に限らず検診や相談でも結構です。			
				※感染症⇒有( )・無			
				※通院⇒有・無・往診			
				※入院			
歩行状態	寝たきり・準寝たきり・要介護・車椅子・短時間可能・屋内可能・他( )						
保険証の種類	介護度( ) 国保・社保(本人・家族)・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者						
ケアマネージャー様のお名前	事業所名		電話番号		FAX番号		
ご連絡方法	1.患者様宅へ連絡		2.事業所へ連絡				
	3.身内・知人・その他へ電話( )様 TEL( )						
ご希望日時							
往診日の都合など							
駐車スペース	有・無		サービスを知ったきっかけ				
ご連絡事項							

ご依頼者様(事業所・病院・家族)		担当者
電話番号	( )	FAX ( )

ご提供いただいた情報は、当院の個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管管理致します。  
 ながはしデンタルクリニック 〒 017-0041 秋田県大館市字大田面393-1  
 TEL 0186-59-4901 FAX 0186-59-4902