


# 歯科医院訪問歯科訪問診療 依頼書

こやま歯科診療室に歯科訪問診療を依頼します。 依頼日 年 月 日

患者 情報	フリガナ					初診・再初診 (最終来院 年 月 日)	
	氏名						
	生年月日	年 月 日 ( ) 歳	性別	男・女			
	自宅住所	〒					
	電話番号	(家族・本人)					
	主訴						
	通院できない理由	(例) 脳血管疾患、骨折、変形性関節症等の病名の記入をお願い致します。					
訪問先 情報	名称	(自宅・施設)		介護保険	有・無		
		病院				階	号室
	住所						
	電話番号						
介護保険 請求情報	介護度	要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5					
	ケアマネ	フリガナ			事業所	TEL( )	
		氏名					
保険証 情報	種類	社保・国保・後期高齢者・生保・介護保険・介護負担割合証					
	公費	生保 (医療券・介護券) ・ 障害者・前期高齢・労災					
	生保連絡	市役所への連絡は依頼者様にお願いしております。					
	フェイスシート	FAX・郵送・家族持参・その他 ( )					
	確認方法	FAX・郵送・家族持参・当日コピー・その他 ( )					
依頼者	フリガナ					訪問時に立ち会われる方はいますか? → あり・なし	
	氏名						
	電話番号		立会人氏名		本人との関係		
	患者との関係	施設関係者・ケアマネ・家族・本人・その他 ( )					
日程・請求	訪問希望日	月	火	水	木	金 土	
	請求書住所	(施設請求・本人家族請求)					
折り返しのご連絡		( ) 様へのご連絡いたします。					
保健医療機関		 <b>KOYAMA DENTAL OFFICE</b> こやま 歯 科 診 療 室 〒007-0848 札幌市東区北48条東9丁目3-18 <b>直通TEL:090-6262-2882</b> <b>医院TEL・FAX : 011-742-2882</b>					