

## 歯科訪問診療申込書兼介護保険利用同意書

歯科訪問診療を受診するにあたり、下記内容に同意して申込致します。

健康保険被保険者証、高齢者医療被保険者証、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証の確認、および療養上の管理・指導・助言を介護保険（居宅療養管理指導料）にて算定すること

訪問先住所						
患者様について	フリガナ					
	氏名	様 (男・女)				
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日 (歳)		
	電話		FAX			
主訴	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血 <input type="checkbox"/> 詰めものがとれた <input type="checkbox"/> 歯石除去 <input type="checkbox"/> 歯科健診希望 <input type="checkbox"/> 歯がゆれている <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない、落ちる (修理調整希望・新規作成希望・状況により判断したい) <input type="checkbox"/> 嚥下評価希望 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	現病歴 および 既往歴	<input type="checkbox"/> 介護度 ( ) <input type="checkbox"/> 心臓病 ( ) <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 認知症 (脳血管性・アルツハイマー型・レビー小体型・前頭側頭型) <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 感染症 無・有 ( ) <input type="checkbox"/> アレルギー ( ) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 骨折 (部位: ) <input type="checkbox"/> 麻痺 (右・左) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
		ご依頼者様 について	フリガナ			
			氏名	様	患者様との続柄	
電話				FAX		
緊急連絡先	フリガナ	患者様との続柄				
	氏名	様	電話			
介護事業所	事業所名					
	担当ケアマネジャー	様	電話			
内科	医院名	電話				
訪問可能 日時	月・火・水・木・金 (AM・PM・終日)		駐車	有 ・ 近隣に有 ・ 無		
	特記事項 ( )		スペース			
ご家族様	フリガナ	〒				
	氏名	様	住所			
	電話		患者様との続柄			

御請求書及び領収書・明細書送付先に☑をお願いします。

訪問先     ご依頼者様     ご家族様     その他 (下記へご記入ください)

送り先	フリガナ	〒		
	氏名	様	住所	
	電話		患者様との続柄	

歯科訪問診療費のお支払いにつきましては、別紙をご覧ください。

【ご不明な点やご心配な点等についてのお問い合わせ先】

医療法人社団 豊生会 東苗穂にじいろ歯科クリニック    〒007-0803 札幌市東区東苗穂3条1丁目2-12

歯科訪問診療担当者直通TEL：0120-88-2416 (平日9:00~18:00)