訪問歯科診療　申込用紙

申込年月日	年　　月　　日						
患者様 ご氏名	ふりがな					性別	年齢
						男　女	歳
住所						駐車場 スペース	有　無
電話番号	（　　）						
連絡先	□ご本人　□ご家族（　　） □その他（　　）						
診療可能日		月	火	水	木	金	土
	AM						
	PM						
現在の介護 認定区分	□要支援（1・2）　□要介護1　□要介護2　□要介護3　□要介護4　□要介護5						
保険証の種類	□国保　□後期高齢者　□社保　□生活保護　□障害者　□特定医療費（指定難病）						
既往歴 （全身的）	感染症：□なし　□あり（□HBV　□HCV　□HIV　□その他（　　））						
ご相談内容							

お申込者 ご氏名	ふりがな		ご本人との関係
住所			
電話番号	（　　）	FAX番号	（　　）

介護支援専門員 （ケアマネージャー）	ふりがな		事業所名
住所			
電話番号	（　　）	FAX番号	（　　）

訪問歯科のご相談はコチラ ☛ TEL 080-2599-8122・FAX 03-6801-6936

寺本内科・歯科クリニック

院長　寺本　浩平

〒113-0033
東京都文京区本郷5－25－13
SKYビジョンビル1・2F