



訪問歯科診療申込書

申し込み日 (西暦) 年 月 日

患者様			
ふりがな		性別	生年月日・年齢
氏名		男・女	(西暦) 年 月 日 歳

訪問先 (自宅の場合は、表札名をご記入ください)			
ふりがな		住所 〒	
名称		電話 ()	携帯 ()

ご家族様			
ふりがな		住所 〒	
氏名		電話 ()	携帯 ()

患者様の状態			
どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る	
	<input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた・しみる	<input type="checkbox"/> 食べかす・舌の汚れの除去	
	<input type="checkbox"/> 詰め物がとれた	<input type="checkbox"/> 歯が揺れて動く	
	<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない	<input type="checkbox"/> むし歯がある	
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
口腔ケア	治療と並行して口腔ケアを希望しますか？ <input type="checkbox"/> します <input type="checkbox"/> しません		
要介護度	要支援 / 1・2 要介護 / 1・2・3・4・5		
通院困難な理由			

岡永歯科

電話 047-376-3503 fax 047-376-3503

※岡永歯科は、無料低額診療実施医療機関の指定を受けています。以下の項目に該当する患者様は、医療費の減免措置が受けられるかもしれません。

①生活保護を受けている患者様

介護保険の負担金を含め、無料になります。

②住民税非課税世帯の患者様

世帯全員が住民税を課税されていない世帯を住民税非課税世帯と言います。住民税非課税世帯の患者様は、医療保険および介護保険の負担金が無料になります。

③年金暮らしの高齢者世帯で医療保険の負担割合が1割の患者様は、医療保険および介護保険の負担金が無料になるかもしれません。

ご遠慮なく、ご相談ください。(相談を希望します 相談を希望しません)