様式　1

**在宅訪問歯科指導申込書**

令和　　　年　　　月　　　日

香美町長　様

申込者　住所

氏名

　　　（電話　　　　　－　　　　　　）

下記のとおり、在宅訪問歯科指導を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （被訪問者）対　象　者 | ふりがな　　　　　　　　　　　　　氏名 | 男・女 | 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　―　　　　　　　　　　（申込者と同居であれば記載の必要はありません） |
| 生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　（　　　　　歳） |
| 主治医　　　　　　　　　　　　　　　　医院（病院）　　　　　　　　　　　　　　　　医師 |
| 介護者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　） |
| 保険の種類健　保　：　本人・家族国　保　：　本人・家族後期高齢　　　　　　　その他　：　身障・自費・生保（　　　　　　　　） | 相談したい内容・希望すること |
| 訪問の都合の悪い日 |

注）1　訪問予定日時は、後日お知らせします。

　　2　歯科医師の最初の訪問までは無料ですが、その後の継続治療は保険診療になります。

|  |
| --- |
| **承　諾　書**在宅訪問歯科指導に際し、私の心身の状況について、主治医等から担当歯科医に対し、　　　情報提供していただくことに同意します。（被訪問者）　　　　　　　　　　　　　　　　 |