

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。

対象者 (被訪問者)	ふりがな _____ 氏名 _____	男・女	住所 _____
	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (_____ 歳)		電話 _____ (申込者と同居であれば記載の必要はありません)
主治医	_____	_____	_____
介護者	_____	_____	_____
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) _____