

# 歯科訪問診療申込書・同意書

以下の記載内容をご確認いただき、下記該当項目にご記入と該当箇所には○をつけて下さい。

患者様氏名	フリガナ	性別	生年月日	年齢
	様	男 女	大正・昭和・平成 年 月 日	歳
電話番号 ( )		FAX ( )		
住所	自宅	〒		
	入所先 (施設名)	駐車スペース 有・無		
主訴(現在気になっているお口の中の症状)				
通院困難なご事情(病歴等) 感染症 有( )・無				
歩行状態 寝たきり・準寝たきり・要介護・車いす・他( )				
保険証の種類 介護度( ) / 国保・社保本人・社保家族・後期高齢・生保・障害				
アポ連絡先 及び 緊急連絡先	〒			
	フリガナ 氏名	電話番号 ( )	様方 続柄( )	
介護認定 を 受けて いる方	担当ケアマネージャー様 氏名	施設名	ご連絡先	
			電話 ( )	FAX ( )
連絡方法 本人自宅・本人携帯・家族自宅・家族携帯・ケアマネ・施設・その他				
患者様氏名(自筆)				
ご家族もしくは施設担当者(ケアマネージャー)代筆 署名				
記載日 年 月 日				

ご提供いただいた情報は、当院の個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管管理致します。

鹿児島県いちき串木野市桜町66  
くきた歯科クリニック  
電話0996-26-1182 FAX0996-26-1199

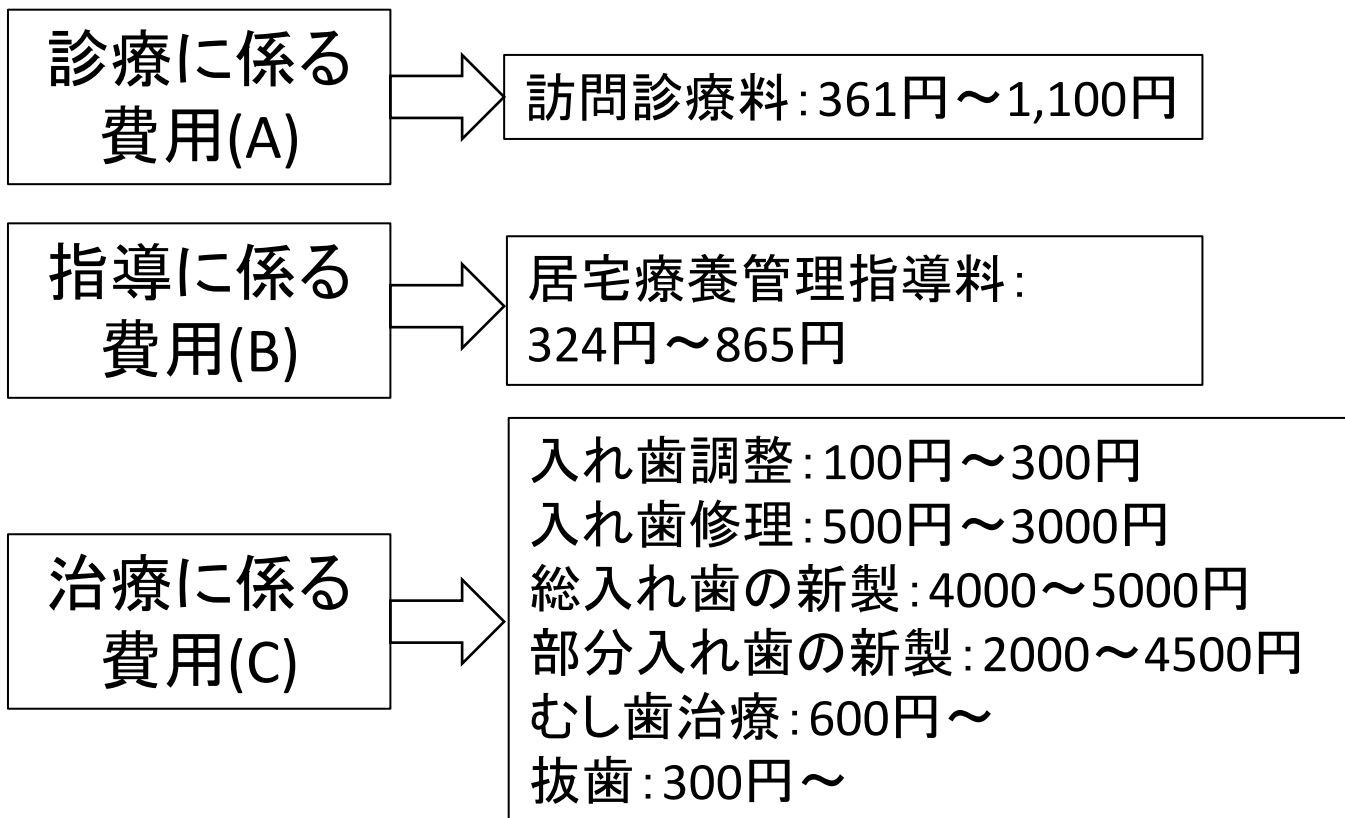
# 歯科訪問診療における同意内容・料金等

## 1. 同意内容

以下の記載内容をご確認いただき、同意の上、下記 □欄に✓をつけて下さい。

- 診療を希望される場合は、別紙必要事項に記載の上、保険証(医療保険証、介護保険証、介護負担割合証)をご準備ください。
- 訪問診療費のお支払いは、訪問診療を行った当日にお支払いいただきます。
- 体調の急変等で訪問診療が行えなくなった際は、訪問日時までに速やかにお知らせください。
- 歯科医師からの指示・注意条項に従って診療を受けてください。

## 2. 訪問診療の料金 (在宅・1割負担の方の場合)



\* 上記A+B+Cが「訪問診療の料金」となります。

(注) Bは介護保険適用です