

# 訪問歯科診療・口腔ケア 申込書

## ■ 申込者

ふりがな		<input type="checkbox"/> ご家族（続柄） <input type="checkbox"/> ヘルパー
ご氏名		<input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他（）
連絡先	電話番号（）	

## ■ 受診者

ふりがな		男・女
ご氏名		
生年月日	明治・大正 昭和	年 月 日（ 歳）
住 所	〒	
電話番号	（）	
訪問が必要な理由	通院できない理由を簡単にご記入下さい	
どういった事でお困りですか？		
その他	かかりつけの先生がいれば （ 病院 先生） 訪問時に駐車する場所がありますか？（はい・いいえ）	
備 考		

----- [切り取り線] -----

**お申込み FAX 番号 048 (257) 5000**

※申込書を切り離し、横にしてFAX引き込み口に入れて下さい。

お問合せ先：川口訪問歯科センター  
電話番号：090-4067-8020  
（受付時間 平日10時～15時）



**対 象**

寝たきりやお身体が不自由なため  
通院による歯科治療が困難な方

**費 用**

保険診療等の自己負担分