様式第１号（第５条関係）

神栖市在宅等訪問歯科診療申請書

年　　月　　日

神栖市長　　様

申請者　住所
氏名
受診希望者との続柄
電話番号

下記のとおり訪問歯科診療を受けたいので神栖市在宅等訪問歯科診療連携事業実施要項第５条の規定に基づき、申請します。

なお、訪問歯科診療を受けるに当たっては、神栖市在宅等訪問歯科診療連携事業実施要項第６条の規定に基づき、歯科医師会へ情報提供をすること及び治療上の故意又は過失による場合を除き、異議を申し立てないことに同意します。

記

<table>
<tr><td rowspan="2">受診希望者</td><td>ふりがな
利用者氏名</td><td>男
女</td><td>生年月日
Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日生
（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="3">住所
神栖市
電話番号</td></tr>
<tr><td rowspan="4">受診希望者の状況</td><td colspan="3">☐ むし歯　☐ 歯肉のはれ　☐ 入れ歯があわない
☐ その他（　　）</td></tr>
<tr><td>既往歴</td><td colspan="2">内科主治医

電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="3">治療上における注意事項等</td></tr>
<tr><td colspan="3">健康保険の種類
☐社会保険　☐国民健康保険　☐後期医療　☐無</td></tr>
<tr><td colspan="4">緊急連絡先
氏名　　受診希望者との続柄
電話番号</td></tr>
</table>