

訪問歯科診療問診表（在宅版）

令和 年 月 日

フリガナ		性 別	男 ・ 女	生年 月日	大正・昭和 年 月 日（ 歳）
お名前					
ご自宅の 住所	〒 電話番号（ - - ）				
訪問先の 住所	あり ・ なし ※”あり”を選んだ方はどこへ駐車しても良いか、具体的にご記入ください。 （ ）				
ご依頼様 お名前	（フリガナ）		続柄		
ご依頼者 のご住所	〒 電話番号（ - - ）				

下記の内容に○印をつけて下さい。（ ）内には具体的内容をわかる範囲内でお答えください。

当院を選んだ理由	・ 紹介（知人・親族； 様） ・ 近所（自宅・病院・施設） ・ 以前当院に来院していた ・ その他（ ）
ご依頼内容は何ですか？ （現在気になっているお口の症状）	・ 痛い ・ 欠けた ・ 脱離（脱離物あり・なし） ・ むし歯 ・ 傷がある ・ 入れ歯の（作製・調整・修理） ・ ぐらついている歯がある 具体的に症状を記載いただけると助かります。 （ ）
主訴の部位はどこですか？	【口 腔 内】 ・ 右上奥 ・ 上前歯 ・ 左上奥 ・ 右下奥 ・ 下前歯 ・ 左下奥 【口腔周囲】 ・ 頬 ・ 舌 ・ 唇 ・ 顔 ・ その他（ ） 【入 れ 歯】 （ 上顎 ・ 下顎 ） の （ 部分義歯 ・ 総義歯 ）
服用しているお薬名を教えてください。	

小山歯科クリニック TEL:0869-26-6828 FAX:0869-26-6829

〒701-4276 岡山県瀬戸内市長船町服部 202-24

訪問歯科診療支払いに関する説明書 兼 同意書(在宅版)

フリガナ		性別
患者氏名		男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和	年 月 日(歳)

【自己負担額支払いについて】

訪問歯科診療にかかる負担額は、診療月ごとの会計をさせていただいております。

月初めから月末までにかかった医療費と交通費を合算した上で、翌月に請求させていただきます。

交通費は自費となり、その月の診察回数を掛けた金額となります。

当院での支払い方法は2種類あります。下記のいずれかに、チェック☑してください。

□支払い方法①：診察時に、ご自宅にてお支払い

- ・ 請求が確定したら、当院より請求書を郵送又は直接手渡しいたします。
- ・ 次回診察時に当院スタッフに直接お支払いください。
※お釣りのない様にさせていただけると助かります。
- ・ 次回の診察がない場合は、負担額請求書が郵送で届きましたら記載されている口座に振り込み又は当院に来院して頂き窓口にて直接お支払いをお願いいたします。

□支払い方法②：当院ゆうちょ銀行の口座に、振込にてお支払い

- ・ 請求が確定したら、当院より請求書を郵送いたします。
- ・ 負担額請求書が郵送で届きましたら、記載されている口座に振り込みの手続きをお願いします。
振込手数料は自己負担でお願いします。
- ・ 領収書が必要な方はメールでお送りいたしますので、下記にメールアドレスをご記載下さい。

※注意事項：振込の際、備考欄に患者様の氏名を入力してください。

(経理処理上、振込者名と患者名が異なるとエラーが起きてしまいます。)

□保険負担額・交通費支払いについての説明を受け、今後の支払いを行うことに同意します。

令和 年 月 日

申込者氏名(キーパーソン)： _____ (続柄： _____)
〒

住所： _____ 電話： _____

メールアドレス： _____

小山歯科クリニック TEL:0869-26-6828 FAX:0869-26-6829

〒701-4276 岡山県瀬戸内市長船町服部 202-24