

## 【訪問診療のためにご準備いただくもの】

- ・ 歯科訪問診療依頼状・同意書をご記入の上準備ください
- ・ 医療保険証のコピー
- ・ 介護保険証のコピー
- ・ 負担割合証のコピー
- ・ 負担限度額認定証（介護）のコピー
- ・ 障害者手帳のコピー
- ・ 服薬情報（お薬手帳のコピー：すべて服薬されているものの最新のもの）

すべて有効期限が有効であるか確認もお願いします。

※施設からのお申し込みの場合は、現病歴、現在の全身状態、血液検査の結果などがわかるもの（フェイスシート・サマリーなど）も添えてください。

上記の書類は FAX（04-7134-4188）もしくはメール（[info@haisha.co.jp](mailto:info@haisha.co.jp)）にてお送りください。

【お会計について】

1か月分をまとめて翌月10日までにご請求いたしますので、請求書が届いた月末日までに下記の口座へお振込みをお願いいたします。(領収書は翌月10日までに送付させていただきます)

振込先：ゆうちょ銀行

店 名：〇五八

店 番：058

預金種目：普通

口座番号：6236483

名 前：イ) カン・ソク・ドウ ヤスモトシカクリニック

ご相談・ご質問などございましたらお気軽にご連絡ください。

医療法人社団 感・即・動

介護事業所番号：123-21-3520-0

〒277-0872 柏市十余二155-17  
TEL&FAX：04-7134-4188