

# 在宅要介護者訪問歯科健診申込書

【申込日】令和元年 月 日 ※お電話だけでもお申し込みいただけます。

申込者氏名			
患者さんとの関係	<input type="checkbox"/> 家族( ) <input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他( )		
申込者電話番号		FAX番号	

利用者(患者さん)氏名	ふりがな	男・女
生年月日	大・昭 年 月 日生 満 歳	
住 所	〒 横浜市泉区	
連絡先電話番号	※ 本会より連絡する場合の電話番号	
介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ↳ <input type="checkbox"/> 医科の訪問診療がある	
・生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・医療保険 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
・障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
・かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・かかりつけ主治医 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
歯科医院名(担当医) 電話番号		医院名(担当医) 電話番号
患者さんの状態(環境)		
<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要 <input type="checkbox"/> 自力で移動できる		
訪問健診希望曜日		駐車スペース
	月 火 水 木 金 土 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
午前		
午後		
※ 健診日は、後日訪問する歯科医師と再度ご相談させていただきます。		

お申し込み後、本会歯科医院よりご連絡をさせていただきます。

**お申込FAX番号: 045-410-6258**  
 泉区歯科医師会 泉区在宅歯科医療連携室