

# 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      歯科医院名(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																								
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			月	火	水	木	金	土	日	午前								午後								<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	月	火	水	木	金	土	日																			
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