

# 訪問歯科健診申込書

令和 年 月 日

(あて先) 東海市長

申請者 住 所 東海市

氏 名

電話番号 — —

次のとおり、要介護高齢者等訪問歯科健診の受診を申込みします。

ふりがな				年	月	日生
対象者						
介護者の受診希望	無・有	介護者氏名			続柄	
区分	要介護 3 ・ 4 ・ 5					
要介護高齢者等の状況	1	要介護者となった原因	病名等 ( )			
	2	発病時期	昭和・平成・令和	年	月	ころ
	3	要介護者となった時期	昭和・平成・令和	年	月	ころ
	4	医科主治医	無・有 (病院名 ) (主治医氏名 )			
	5	医科受診状況	往診等	回/月	・	不定期
		入院中 (昭和・平成・令和	年	月	日から)	
6	心身および日常生活の状況					
	①視力	<input type="checkbox"/> よく見える	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 見えない		
	②聴力	<input type="checkbox"/> よく聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 聞こえない		
	③発語	<input type="checkbox"/> よく話せる	<input type="checkbox"/> 舌がもつれる	<input type="checkbox"/> 話せない		
	④理解度	<input type="checkbox"/> よくわかる	<input type="checkbox"/> あまりわからない	<input type="checkbox"/> わからない		
	⑤ねたきりの状態	<input type="checkbox"/> 自力で座れる	<input type="checkbox"/> 介助で座れる	<input type="checkbox"/> 常時ねたきり		
	⑥食事の内容	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 軟食	<input type="checkbox"/> 流動食		
	⑦入歯	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
受診希望歯科医師氏名						

\*続柄は、対象者からの続柄で記入してください。