

# 松戸歯科医師会訪問歯科健診事業申込(同意)書

次のとおり申し込みます。

年 月 日

1 申込者名 (※ 健診対象者本人の場合は記載不要)

申込者名(※)	ふりがな	所属・職名
住 所	〒	TEL ( )

2 健診対象者名

健 診 対象者名	ふりがな	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)
住 所	〒	TEL ( )

3 健診対象者の状況

主な介護者		本人との続柄	
世帯状況	・単身世帯 ・高齢者のみの世帯 ・その他( )		
気になるところ	・入れ歯 ・歯ぐき ・歯 ・口臭 飲み込み ・その他 ( 具体的に )		
通院していた歯科医院	・あり(歯科医院名 ) ・なし	TEL ( )	
希望する歯科医院	・なし	TEL ( )	
主治医(内科医等)		TEL ( )	
現在の主たる病名			
医科の受診状況	・通院(診療科名 )	・往診	
可能な姿勢	・いすに座る ・車いすに乗る ・ベッド等を起こした状態 ・寝たまま ・特記事項( )		
意志の疎通	・完全に通じる ・ある程度通じる ・ほとんど通じない ・特記事項 ( )		
要介護状態区分	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	介護支援 専門員	TEL ( )
その他特記事項			

	受付 年 月 日	受付番号	事業対象の適否	適 ・ 否
--	----------	------	---------	-------

公益社団法人 松戸歯科医師会

問合せ先

松戸歯科医師会 事務局 (月、火、水、金)午前9時～午後5時 Tel 047-368-3553 FAX 047-365-4015

松戸市口腔ケアセンター Tel047-331-8380 FAX 047-331-8553