

訪問歯科健診 申込書

番号

下記項目をご記入の上、高槻市歯科医師会 FAX 072-672-0818までお申し込みください

		申込日		年 月 日	
申込者	(事業所名)	歯科医師会から 連絡する場合の 連絡先	連絡先名 電話番号		
ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (歳)	
受診者氏名					
住所		電話番号	① ②		
現在の状況	かかりつけ歯科医 ☐ なし ☐ あり ()	要介護度 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5	障がい者手帳 ☐ 1級 ☐ 2級	☐ その他	
対象者要件 (全てに☑が必要)	☐ 直近1年間の歯科診療、歯科の介護保険サービスを受けていない ☐ 満15歳以上 ☐ 今年度、高槻市または後期高齢者の歯科健康診査を受診していない ☐ 歯科医療機関への通院が困難				
都合の良い曜日 及び時間帯	希望する曜日： _____ 曜日 希望する時間帯： _____ 午前 ・ 午後 _____ 時頃				
備考					

※高槻市歯科医師会記入欄

受付日時	年 月 日	応対者	
健診依頼先	歯科医師： 歯科衛生士： その他()		