

岩倉市訪問歯科健康診査申請書

岩 倉 市 長 様

令和 年 月 日

申請者氏名 (続柄)

住所

電話番号

通院による歯科健康診査を受けることが困難なため、在宅(自宅)での訪問歯科健康診査を下記のとおり申請します。

記

受診者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住所(訪問先)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	岩倉市 町
	生年月日		年 月 日生 (歳)
対象者要件 ※該当するものに○をつける		<input type="checkbox"/> ①節目(20歳・30歳・40歳・50歳・60歳・65歳・70歳)	
		<input type="checkbox"/> ②口腔機能(76歳・80歳) 歯科健康診査の対象者	
		<input type="checkbox"/> ③要支援認定者 口腔機能・歯科健康診査の対象者	
		<input type="checkbox"/> ④要介護4または5に認定された人	
		<input type="checkbox"/> ⑤20歳以上の障がい等がある人	
介護認定	<input type="checkbox"/> あり(介護度 4・5) <input type="checkbox"/> なし		
障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり(級:障害名) <input type="checkbox"/> なし		
現在の状態	簡単に現在の状態を記入(例)寝たきり状態、座位を30分程度なら保てる等		
口腔の手入れ方法	<input type="checkbox"/> 自力ですべてできる <input type="checkbox"/> 一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助 特記事項()		
可能な姿勢	<input type="checkbox"/> 椅子に座る <input type="checkbox"/> 車椅子に座る <input type="checkbox"/> ベッド等を起こした状態 <input type="checkbox"/> 寝たまま 特記事項()		
意思の疎通	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない 特記事項()		
食事	形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 流動食 特記事項()	
	摂取	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻) <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) 特記事項()	

※保健センター記入

受診券発行日	令和 年 月 日	受診券番号	
事業対象の適否	適(節目・口腔・要支援・要介護・障がい)		否
提示物	介護保険証 ・ 身体障害者手帳		
訪問歯科健診の受診歴	あり ・ なし	障がい	あり ・ なし