

岩倉市訪問歯科健康診査申請書

岩 倉 市 長 様

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	ふりがな	生年月日	T・S・H
			年 月 日 (歳)
住所 (訪問先)	岩倉市 町	電話番号	
対象者要件 ※該当するものに○を一つつける	① 節目（20歳・30歳・40歳・50歳・60歳・65歳・70歳・76歳） 歯科健康診査の対象者		
	② 令和2年4月1日以降に要介護4または5に認定された人		
	③ 20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	年 月 日	受診券番号
事業対象の適否	適（節目・要介護・障がい） ・ 否	