

訪問歯科健診事業申込(同意)書

次の要件に該当するため、以下のとおり申し込みます。

☐ 口腔に関する自覚症状はないが、歯科健診を希望する者 ※本人以外の者によって明確な所見が確認できる場合は除く ※口腔に関する症状・所見の例 入れ歯：合わない、壊れた、歯ぐきにあたって痛い 歯ぐき：痛い、出血する、腫れている 歯：痛い、詰め物がとれた、むし歯がある、グラグラする
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・令和 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	
通院していた歯科医院	・あり(歯科医院名) ・なし
希望する歯科医院	TEL ()
主治医	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 介護支援 専門員 TEL () 要介護 1 2 3 4 5
障害者手帳の有無	身体障害者手帳 有(級) 無 療育手帳 A B 無
日常生活自立度等	障害高齢者(寝たきり度) J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症高齢者 I II a II b III a III b IV M
その他特記事項	

地域振興局健康福祉 (環境)部記入欄	受付 年 月 日	受付番号	事業対象の適否	適 ・ 否
-----------------------	----------	------	---------	-------

※申込者(健診対象者本人以外)へは、訪問終了後、別紙第2号様式「在宅要介護者等歯科保健推進事業報告書(口腔ケアアセスメント票)」を送付します。