

様式第1号

摂津市高齢者訪問歯科健康診査等受診申込書

年 月 日

摂津市長 様

申込者 住 所

氏 名

電話番号 ()

訪問歯科健康診査等を受けたいので、次のとおり申し込みます。

対象者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	
寝たきり等になった時期				
対象者の状況	歯科主治医			
	内科	主 治 医		
		病 名		
		受診の程度	定期 (月 回) ・不定期・往診・通院・薬のみ	
	障害等の状況 (該当する番号を○ で囲んでください。)	1 視覚	2 聴覚・平衡	3 音声言語咀嚼
	4 肢体不自由	5 内部障害	6 知的障害等	
	7 その他 ()			
介護者	氏 名	年齢	備 考	