

記入例

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 ()

ご家族等の代理人で連絡が取れる
連絡先の氏名・連絡先を記入して
ください。

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 内科	歯科主治医			
	主 治 医			
	病 名			
	受診の程度	定期 (月 回) ・不定期・往診・通院・薬のみ		
状 況	障害等の状況 (該当する番号を○ で囲んでください。)	1 視覚 4 肢体不自由 7 その他 ()	2 聴覚・平衡 5 内部障害	3 音声言語咀嚼 6 知的障害等
介 護 者	氏 名	年齢	備 考	