

# 在宅訪問歯科健康診査依頼書

広島市歯科医療福祉対策協議会 会長 様

下記の者の訪問歯科健康診査を依頼します。

- ・枠内を記入して下さい。
- ・□部は、該当するものに✓を記入して下さい。
- ・受診者氏名は、受診者本人又はご家族の方が記名・押印してください。
- ・押印がないものは無効になる場合があります。※

広島市長  
(公印省略)

《個人情報の取扱いについて》

訪問歯科診療の充実を図るため、ご記入いただきました 内容および健診結果につきましては、ケアマネジャー等の関連職種と情報共有をさせていただきますが、それ以外の 目的で使用することはありませんので、あらかじめご了承ください。

申込年月日 令和 年 月 日

申込者	ふりがな 氏名		連絡先	☎ ( ) -
	住所		受診者との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 親族(続柄: ) <input type="checkbox"/> その他( )

受診者	ふりがな 氏名	印 ※ (男・女)	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
	住所	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ <input type="checkbox"/> その他 → 広島市		
	連絡先	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ <input type="checkbox"/> その他 → ☎ ( ) -	主な介護者 (続柄)	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ <input type="checkbox"/> その他( )

受診者に関する情報	口腔症状 (気になるところ)	<input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> その他 [ 具体的に ]		
	要介護 認定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	現在の主たる病名:	
	介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	主治医	医療機関名: 医師名:
	訪問を 希望する 歯科医院	<input type="checkbox"/> あり(歯科医院名: 広島市 区 町) <input type="checkbox"/> なし		
	訪問歯科 診療の 受診歴	<input type="checkbox"/> あり(歯科医院名: 広島市 区 町) <input type="checkbox"/> なし		
	駐車場	<input type="checkbox"/> 近くに駐車可能 <input type="checkbox"/> やや離れているが駐車可能 <input type="checkbox"/> 駐車不可能		
	特記事項	例) 耳が聞こえにくい		

健康診査 受諾医療機関	所在地 名称 管理者氏名
----------------	--------------------

※申し込みは、必要事項を記入の上、下記へ郵送してください。ご不明な点がございましたらご連絡ください。

広島市歯科医療福祉対策協議会

〒732-0057 広島市東区二葉の里3丁目2-4

TEL 082-262-2662 (代) FAX 082-262-2668