訪問歯科健診　申込書

番号

下記項目をご記入の上、高槻市歯科医師会　FAX 072－672－0818までお申し込みください

申込日	年　月　日

申込者	(事業所名　　)	歯科医師会から連絡する場合の連絡先	連絡先名 電話番号	
ふりがな 受診者氏名		男 ・ 女	生年月日	年　月　日（　歳）
住所	高槻市	電話番号	① ②	

現在の状況	かかりつけ歯科医 ☐ なし ☐ あり （　）	要介護度 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5	障がい者手帳 ☐ 1級 ☐ 2級	☐ その他

対象者要件 （全てに☑が必要）	☐ 直近1年間の歯科診療、歯科の介護保険サービスを受けていない	☐ 満15歳以上
	☐ 今年度、高槻市または後期高齢者の歯科健康診査を受診していない	☐ 歯科医療機関への通院が困難
都合の良い曜日及び時間帯	希望する曜日：＿＿＿＿曜日	希望する時間帯：午前 ・ 午後＿＿＿＿時頃
備考		

※高槻市歯科医師会記入欄

受付日時	年　月　日	応対者	
健診依頼先	歯科医師： 歯科衛生士： その他（　）		