

訪問歯科健診をご希望の場合は、こちらの用紙の申請書にご記入の上、「福井県後期高齢者医療広域連合」に郵送して下さい。

申込期限： 年 月 日まで

無料訪問歯科健診申請書（在中）

福井県後期高齢者医療広域連合及び福井県歯科医師会が私（受診者）に関する個人情報を厳正に管理することを条件に、無料訪問歯科健診に申し込みます。また、事業実施に必要な範囲においてのみ福井県歯科医師会、ケアマネジャーに対して私（受診者）の個人情報を提供することを承諾します。

申請日 平成 年 月 日

福井県後期高齢者医療広域連合長

（ご記入できる範囲で結構です↓）

| | | | | | | | | | |
|---|------------|-------------------------------|---|---|----|---|----|--|--|
| フリガナ | 被保険者 | | | | | | | | |
| 本人氏名（申請者） | 番号 | | | | | | | | |
| 印 | 生年月日 | M・T・S | 年 | 月 | 日生 | （ | 才） | | |
| 住所 | 性別 | 要介護度（※必ず○をつけてください） | | | | | | | |
| | 男・女 | 要介護 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| ケアマネジャー記入欄 | 障害高齢者自立度 | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 | | | | | | | |
| | 認知症高齢者自立度 | 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V・M | | | | | | | |
| 訪問先の住所（上記と異なる場合） | | | | | | | | | |
| 申込者（本人以外の場合） | 本人との関係 | 連絡先 Tel | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | |
| ケアマネジャー | 連絡先 Tel | | | | | | | | |
| | 事業所名 | | | | | | | | |
| かかりつけの病院 | かかりつけの歯科医院 | 利用している介護サービス施設 | | | | | | | |
| 本人の状態について当てはまる個所の番号に○をつけてください。 【意思の疎通】 1 できる 2 少しできる 3 ほとんどできない 【健診時の姿勢】 1 寝たまま 2 ベッドで上半身を起こした状態 3 椅子に座りながら | | | | | | | | | |
| 主たる疾患 | | | | | | | | | |
| その他、希望や連絡事項があれば記入してください。 | | | | | | | | | |

どちらか○をつけて下さい。

ケアマネジャーへ連絡はしましたか？（ はい ・ いいえ ）

※連絡がまだの場合は、ケアマネジャーに連絡した後に申請してください。
ケアマネジャーは、本人・家族に代わり、代行申請をすることができます。