

武蔵野市長 殿

申請者 住所  
 氏名  
 利用者との続柄  
 連絡先（電話番号）（ ）

在宅高齢者訪問歯科健診申請書兼依頼書

下記の者について、在宅高齢者訪問歯科健診を申請します。

記

フリガナ	男	( 歳)	
利用者氏名	・ 女	年	月 日生
住所 武蔵野市	丁目	番	号
電話番号 0422 ( )	携帯電話番号		
要介護・要支援認定の状況	未申請	自立	要支援 ( ) 要介護 ( )
指定居宅介護支援事業者の名称			
介護支援専門員の氏名			
介護にあっている者の氏名		利用者との続柄	
申請理由	※寝たきり、認知症等		
その他	※利用者の心身の状況、置かれている環境、歯科に関する既往症、問題行動等		
利用者の自宅周辺の状況			
医科主治医 あり（前・今） ・ なし	電話番号 ( )	病院 ・ 医院 / 氏名 ファクシミリ ( )	
歯科主治医 あり（前・今） ・ なし	電話番号 ( )	病院 ・ 医院 / 氏名 ファクシミリ ( )	

-----以下は記入しないでください。-----

在宅高齢者訪問歯科健診依頼書

上記の者から在宅高齢者訪問歯科健診の申込みがありましたので貴会に依頼します。

公益社団法人東京都武蔵野市歯科医師会会長 殿