

FAX送付状

(様式1)

泉大津市在宅訪問歯科健診実施依頼書

在宅訪問歯科健診を依頼します。なお75歳以上の後期高齢者医療広域連合の被保険者の方は、事業を検証するため、歯科健診の結果を 国および後期高齢者医療広域連合に情報提供することに同意します。

泉大津市長様

平成 年 月 日

(※1)住所:

氏名:

印

担当ケアマネージャー

氏名

事業所

電話番号

受診希望者(※2)	フリガナ			男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日(歳)	
	氏名					
	住所	泉大津市			電話番号 ()	
	介護者(続柄)	()				
疾患状況	原因疾患	①脳血管疾患() ②老衰 ③糖尿病 ④心疾患 ⑤骨折・関節炎 ⑥リウマチ ⑦パーキンソン氏病 ⑧認知症 ⑨うつ・統合失調症 ⑩悪性腫瘍 ⑪脊柱管狭窄症 ⑫その他()			感染症既往	①HBV ②HCV ③HIV ④STD ⑤結核 ⑥ヘルペス ⑦MRSA ⑧その他()
					麻痺の状況	
	ねたきり状態	①全くねたきり ②座位は可能 ③家の中である程度の動作可能 ④その他()				
	要介護度	要介護3・要介護4・要介護5・その他()				
	残存歯の有無	有・無		義歯の有無	有・無	
医科主治医						
駐車状況		①駐車場あり ②車の横付け可能 ③その他()				
訪問希望曜日		月・火・水・木・金・土(備考:)				
訪問予定日		月 日() 時 分				

略地図

備考

○担当ケアマネージャー: 訪問歯科健診の依頼を確認した上で、個人情報(※1、2)を記入せずケアステーションに FAX してください。(FAX 番号: 0725-31-3500)

○訪問歯科医師: 訪問時に個人情報(※1)の記入及び押印をいただき、市に提出をお願いいたします。