

様式第1号（第5条関係）

塩尻市訪問歯科健診申請書

年 月 日

（あて先）塩尻市長

住 所

申請者 氏名

（代筆の場合、対象者との続柄 ）

電話番号

次のとおり訪問歯科健診を受けたいので申請します。

(ふりがな) 対象者氏名		性別	男 ・ 女
住 所		生年月日	S T 年 月 日
要介護認定区分	支 援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	身体障害者 手帳	級
全身の状況	1 脳血管障害 2 心疾患 3 高血圧疾患 4 関節疾患 5 骨折 6 認知症症状有 7 下肢筋力低下 8 麻痺有（ 右・左・手・足 ） 9 その他（ ）		
発病年月日	年 月頃		
口腔内の主訴	1 歯の痛み 2 歯周病 3 歯ぐきから出血・腫れ 4 口内炎 5 飲み込みが悪い 6 口が渇く 7 入れ歯の不具合 8 その他（ ）		
歯科主治医	有・無 (医師氏名 電話番号)		
内科主治医	有・無 (医師氏名 電話番号)		
備考	担当ケアマネジャー 電話番号		