

愛媛県後期高齢者医療訪問歯科健康診査申込書

令和 年 月 日

申込者		本人との関係	
連絡先	☎	連絡希望時間帯	: ~ :
	FAX		

対象者	氏名		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)
	住所	愛媛県 市・町	電話		
現在の口腔内の自覚症状	無・有 (いつ頃から)				
かかりつけ歯科医	無・有	(市・町) 歯科医院名:	直近の受診日	平成 令和	年 月 日
訪問健診希望日	都合の良い曜日・日時				
要介護認定結果	未申請・自立・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)				
買い物や通院時の移動方法					
意思疎通	1. 可 2. 少し可 3. 不可				
健診時の体勢	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				
備考					

※内容について審査し、当広域連合にて通院が難しいと判断した場合のみ、訪問健診を受けることができます。ご希望に沿えない場合もございますので、あらかじめご了承ください。

※審査が通りましたら、クーポン券や歯科健診のしおり等必要書類を送付します。かかりつけ医が訪問対応できなかった場合は、当広域連合から申込者様にご連絡し、しおりに掲載されている訪問歯科医師一覧から選択していただきます。あらかじめご了承ください。

お申し込み先: 愛媛県後期高齢者医療広域連合 事業課保健事業係
 TEL: 089-911-7739
 FAX: 089-911-7735
 Mail: hokenjigyo@ehime-kouiki.jp