

歯科訪問健診申込書

受付： 年 月 日（氏名 ）

住 所	伊賀市			電話番号	
氏 名		生年 月日	年 月 日	年齢	男 ・ 女
自宅付近の目標物				介護者名	

健診の安全性確保のため、市が健診結果の把握を行なうことについて同意します。

本人署名

※本人書名欄は、代筆者が署名する場合でも必ずご記入ください。

代筆者署名

（続柄： ）

現在の状況

現在の状況	目	耳	会話	歯
	<ul style="list-style-type: none"> ・見える ・少し見える ・見えない 	<ul style="list-style-type: none"> ・聞こえる ・少し聞こえる ・聞こえない 	<ul style="list-style-type: none"> ・できる ・少しできる ・できない 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の歯 ・入れ歯
	<ul style="list-style-type: none"> ・意識（有・無） ・上半身（起こせる・起こせない） ・車椅子（自分で：乗れる・乗れない） 			
治療中の病気	無 ・ 有	心臓病・肝臓病・高血圧・その他（ ）		
医師の主治医	無 ・ 有（ ）			
服用している薬	無 ・ 有（ ）			
口腔部の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・現在、歯が痛い ・入れ歯の具合が悪い ・現在具合の悪いところはないが健診・指導を希望 			
希望する歯科医				