

訪問歯科診療・健診 申込書

在宅で健診希望の方は吹田市在宅寝たきり高齢者等訪問歯科健康診査事業(無料)を利用できます

訪問歯科診療 又は 訪問歯科健診を申し込みます

申し込み日	平成 年 月 日	かかりつけ 歯科医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
申込者	(事業所名)	歯科医師会から 連絡する場合の 連絡先	連絡先名 電話番号	
患者氏名		男・女	生年月日	M・T・S・H 年 月 日(歳)
住所	吹田市			
電話番号		介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
<input type="checkbox"/> 治療希望(主訴) <input type="checkbox"/> 健診希望(在宅のみ、無料)				
都合の良い 曜日 及び時間帯				
備考				

(一社)吹田市歯科医師会 在宅歯科ケアステーション FAX 06-6389-3387