

あて先 FAX 079-221-2185

姫路市後期高齢者医療保険課

姫路市在宅要介護者訪問歯科健康診査モデル事業申込書

姫路市在宅要介護者訪問歯科健康診査の受診希望者情報を提供します。

《チェック》この事業の対象者は、医療保険や介護保険において歯科に関する管理を受けている方は対象外となる事と同意確認のため、下記のチェックをお願いします。

- 6ヶ月以内に医療保険において、定期的に歯科健診や口腔ケアを受けていない。
- 6ヶ月以内に介護保険において、歯科に関するサービスを受けていない。(介護保険の利用情報を後期高齢者医療保険課に提供することに同意する。)
- 本人又は家族の同意がある。

1 受診希望者

後期高齢者医療被保険者番号			
(ふりがな) 氏名		明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)	
住所	姫路市	TEL	
(ふりがな) 主な介護者 (続柄)		()	※希望者と <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居
要介護認定	<input type="checkbox"/> あり (介護度) <input type="checkbox"/> なし		
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり 級 (傷病名) <input type="checkbox"/> なし		
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族同居(本人含めて 人)		
現在の主たる病名			
介護認定、身体障害者手帳以外の健診会場へ行けない理由			
可能な姿勢	・いすに座る ・車いすに乗る ・ベッド等を起こした状態 ・寝たまま ・特記事項()		
意志の疎通	・完全に通じる ・ある程度通じる ・ほとんど通じない ・特記事項 ()		
その他特記事項	例) 耳が聞こえにくい		
受診可能日	・水曜 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ・木曜 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		
駐車場	<input type="checkbox"/> 近くに駐車可能 <input type="checkbox"/> やや離れているが駐車可能 <input type="checkbox"/> 駐車不可能		

2 申込者 (担当ケアマネジャー)

事業所名			
事業所住所			
担当者名	ふりがな	TEL	FAX

後期高齢者医療保険課記入欄	受付 年 月 日	受付番号	事業対象の適否	適・否
---------------	----------	------	---------	-----