

# さいたま市訪問歯科健診申込書

FAX・Mail 用

●申込者（今回の健診に際して連絡のつく方）

ふりがな		申込日： 年 月 日							
氏名		<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族（続柄： ） <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 歯科医院（医院名： ）							
※申込者をご本人様以外の場合（ご本人・ご家族の同意の有無） <input type="checkbox"/> 同意あり									
当日立会いをしていただく方のお名前をご記入ください➡									
<input type="checkbox"/> ご家族（続柄： ） <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー									
連絡先	電話番号：								
	メールアドレス：								
連絡可能な曜日・時間帯に○を記入してください									
月曜		火曜		水曜		木曜		金曜	
AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM

●受診者

ふりがな			
氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 回答しない		
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 西暦	年	月 日 ( ) 歳
住所	※建物名・部屋番号等もお願いします 〒 さいたま市		
電話番号			
外出困難な理由	<input type="checkbox"/> 寝たきりのため <input type="checkbox"/> 歩行困難のため <input type="checkbox"/> その他の理由 ※病名など外出が困難な理由を簡単にお書きください ( )		
お困りなことはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた <input type="checkbox"/> 入れ歯が痛い <input type="checkbox"/> 食事がしにくい <input type="checkbox"/> 悪いところがあるか診てほしい <input type="checkbox"/> その他 ( )		
駐車スペース	訪問時に車を駐車する場所がありますか？ <input type="checkbox"/> はい（駐車できます） <input type="checkbox"/> いいえ（駐車できません）		
その他	かかりつけ医院があればお知らせください 歯科医院    先生		
何か伝えたいこと			

上記お申込内容に記入・入力後、お住まいの区の拠点窓口にお申込みください。

申込先	拠点 窓口	西区・北区・大宮区・見沼区	電話番号：080-2273-8020
			<b>FAX：048-648-0249</b>
		桜区・浦和区・南区・緑区・岩槻区	電話番号：090-1993-8020
			<b>FAX：048-833-6556</b>
		中央区	電話番号：080-8050-8020
			<b>FAX：048-857-2762</b>