

大阪市訪問歯科健康診査における情報提供並びに申込書

受付番号

令和 年 月 日

申込者 :		本人との関係()					
連絡先 :		連絡希望時間帯 : ~ :					
訪問歯科健診 受診希望者	氏名				生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)
	住所	大阪市 区					
被保険者番号						電話	
申込理由 (通院できない理由)						開口	可 ・ 不可
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・区 地域			直近の 受診日	平成 ・ 令和	年 月 頃
歯科診療直後の変化	1. 異常なかった 2. 気分が悪くなった 3. 脳貧血を起こした 4. ショック症状があった 5. その他()						
訪問健診希望日	都合の良い曜日・日時:						
現在治療中の病気	無 ・ 有 ()						
かかりつけ医	無 ・ 有 (医院名: 電話:)						
受診状況・方法	1. 定期受診あり (通院 ・ 往診) 2. 症状がある時のみ受診 (通院 ・ 往診) 3. 緊急時のみ受診 (通院 ・ 往診 ・ 救急車) 4. その他()						
要介護となった 原因疾患	1. 脳出血 2. 脳梗塞 3. くも膜下出血 4. 関節痛 5. 高血圧 6. 心臓病 7. 眼科疾患 8. 骨折 9. 呼吸器疾患 10. 高齢による衰弱 11. 認知症 12. その他()						
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)						
現在受けているサービス				居宅介護支援事業所			
生活状況	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
障がい高齢者の 日常生活自立度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2 ・ 不明						
意思疎通	1. 可 2. 少し可 3. 不可						
家族の協力度							
備考							

お申し込み先: 大阪市福祉局生活福祉部保険年金課(保健事業グループ)
TEL:06-6208-9876 FAX:06-6202-4156

* 裏面も必ずご記入ください