

無料訪問歯科健診 申込書

FAX:0120-985-966

必要事項をご記入の上、上記FAX番号までお送りください。
※お電話のみでもお申し込みいただけます。

【申込日】 年 月 日 No.

ふりがな			
申込者名	様		
受診される方 とのご関係	☐ 家族() ☐ 担当ケアマネージャー ☐ その他()		
電話番号	— —	FAX番号	— —

ふりがな			男 ・ 女
受診希望者名	様		
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 満 歳		
ご住所	横浜市鶴見区		
☐ 一軒家 ☐ 集合住宅 ☐ その他()		表札 ☐ 有 ☐ 無	
電話番号	— —		
主介護者	お名前	電話番号	— —

* あてはまる項目に✓を入れてください。

介護認定: ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5

(※内科等の定期的な訪問診療を受けている: ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2)

☐ 後期高齢 ☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 生活保護

障害者手帳 ☐ 有 ☐ 無

* 訪問健診希望日時を教えてください。(希望日に○印をつけてください。)

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

ご自宅の駐車スペース: ☐ 有 ☐ 無

近隣駐車場: ☐ 有 ☐ 無

【通信欄】

お申込み・お問い合わせは、070-4039-2626まで
つるみ区歯科医療連携相談室