

成人歯科健康診査（訪問診査）申込書

令和 年 月 日

府中市長様

申込者 住所
氏名
電話 - -
受診者（診査希望者）との関係 _____

成人歯科健康診査（訪問診査）を受けたく、次のとおり申し込みます。

- | | | | |
|---|----------|--|---|
| 1 | 診査希望者 | 氏名 | |
| | | 生年月日 | |
| | | 住所 | |
| | | 電話 | |
| 2 | 理由 | <input type="checkbox"/> 在宅で寝たきりのため（要介護度 | ） |
| | | （主疾患名 | ） |
| | | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
| 3 | かかりつけ歯科医 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 無 | |
| | | <input type="checkbox"/> 有（歯科医療機関名 | ） |