

様式第1号（第6条関係）

在宅要介護者訪問歯科健康診査申請書兼同意書

徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿

次のとおり、介護保険被保険者証の写しを添付して申請します。

申請日 年 月 日

健 診 受 診 者	後期高齢者医療 被保険者番号		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話 () —
	フリガナ			
	氏名			FAX
	住所	〒		生年月日 M・T・S 年 月 日
申 請 者	氏名	※本人以外記入		電話 () —
	住所	※本人以外記入		FAX
	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 別世帯親族 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()		

主に介護している人	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 申請者以外 氏名 (続柄)	電話 () —
世帯状況	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居家族あり ※生活保護受給中の方は対象外です。	
気になるところ	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)	
かかりつけ医院	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 医院名	電話 () —
医科の受診状況	<input type="checkbox"/> 通院 (診療科名) <input type="checkbox"/> 往診	
可能な姿勢	<input type="checkbox"/> 椅子に座る <input type="checkbox"/> 車椅子に座る <input type="checkbox"/> ベッド等を起こした状態 <input type="checkbox"/> 寝たまま 特記事項 ()	
意思の疎通	<input type="checkbox"/> 完全に通じる <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない 特記事項 ()	
要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 寝たきり等 (認定無)	
歯科サービスの有無 (※チェックが入る場合は事業対象外)	<input type="checkbox"/> 今年度、通院で歯科健康診査を受けた。 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療で歯科治療中又は訪問歯科診療・訪問歯科衛生指導を受けている。 <input type="checkbox"/> 介護保険で居宅療養管理指導 (歯科医師・歯科衛生士) 又は口腔機能向上加算を算定している。	
介護支援専門員	事業所名 介護支援専門員氏名	電話 () —

徳島県後期高齢者医療 広域連合受付欄	受付年月日	受付番号	事業対象の適否	受付者
	年 月 日	No.	適 ・ 否	

同意書

訪問歯科健康診査を受けるに当たり、次のことに同意します。

- 1 必要に応じて現在の身体や介護の状況について、介護支援専門員が担当歯科医師に情報提供を行うこと。
- 2 必要に応じて訪問歯科健康診査の結果について、担当歯科医師が介護支援専門員に情報提供を行うこと。
- 3 訪問歯科健康診査後、広域連合が実施するアンケート調査に協力をすること。
- 4 必要に応じて訪問歯科健康診査の結果について、効果検証の分析調査に活用すること。

年 月 日

被保険者氏名 _____ 印 _____

自署不能につき代筆をします。

(代筆者氏名) _____ 印 (続柄 _____)