

訪問歯科健診申請 事前確認票

太枠内に御記入の上、申請書兼同意書・介護保険被保険者証の写しと合わせて御提出ください。

広域 受付印	
受付番号	No.

後期高齢者医療 被保険者番号	
被保険者氏名	

1	<p>訪問希望歯科医院</p> <p><input type="checkbox"/> 希望する歯科医院がある。 徳島県後期高齢者医療広域連合のホームページに掲載の「訪問歯科健康診査実施歯科医院一覧表」から、第2希望まで御記入ください。 ※ただし、日程上の都合等で御希望に添えない場合もありますので、御了承ください。</p> <p>【第1希望】 名称 () 住所 ()</p> <p>【第2希望】 名称 () 住所 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 特に希望する歯科医院はない。</p>
2	<p>訪問先</p> <p><input type="checkbox"/> 自宅</p> <p><input type="checkbox"/> 自宅以外 名称 () 住所 ()</p>
3	<p>健診時の立会</p> <p>※健診時に担当歯科医師から口腔ケア等の保健指導があります。 できる限り御家族様も立会をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 家族 (氏名 様 続柄) <input type="checkbox"/> 家族以外(担当ケアマネジャー ・ ヘルパー ・ その他 ()) <input type="checkbox"/> 未定</p>
4	<p>日程調整等の連絡先</p> <p><input type="checkbox"/> 家族 (氏名 様 続柄) 連絡事項() <input type="checkbox"/> 家族以外(担当ケアマネジャー ・ ヘルパー ・ その他 ())</p>
5	<p>健診後アンケート用紙の送付先</p> <p>送付先宛名 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 (氏名 様 続柄)</p> <p>送付先住所 <input type="checkbox"/> 本人住所 <input type="checkbox"/> 本人住所以外 送付先住所 (〒 -)</p>

※以下は記入不要です。
 広域連合確認事項

<p><input type="checkbox"/> 被保険者資格(最新)</p> <p><input type="checkbox"/> 希望歯科医院 <input type="checkbox"/> 協力歯科医院 <input type="checkbox"/> 協力歯科医院以外</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 要介護度 <input type="checkbox"/> 有効期間</p>	<p><input type="checkbox"/> 歯科サービスの有無(口頭)</p> <p><input type="checkbox"/> 歯科レセプトの有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外</p> <p><input type="checkbox"/> 介護支援専門員の氏名・連絡先</p> <p><input type="checkbox"/> 同意書の日付・記名・押印</p>
---	---