

別記第6号様式（第13条関係）

稚内市高齢者サービス事業利用承認申請書
（訪問歯科診査事業用）

年 月 日

稚内市長 様

申込者氏名 _____

下記により訪問診査の申し込みいたします。

申請年月日	
申請者氏名	受診者との続柄（ ）
歯科診査受診者	生年月日（ 年 月 日）
受診者の住所	稚内市
	☎
医療保険の区分	(1) 国保 (2) 社会保険 (3) 共済 (4) 生保 (5) その他公費（ ）
要介護認定状況	(1) 未認定 (2) 要支援1 (3) 要支援2 (4) 要介護1 (5) 要介護2 (6) 要介護3 (7) 要介護4 (8) 要介護5
受診者の状況	1. 屋内での生活は何らかの介助を必要とし、ほとんど車椅子での生活である。 2. 常時の介護を必要とし、座位は保てるが、ベットや布団での生活が主である。 3. 1日中ベットや布団上で寝たきりの生活である。
受診者の主訴	1. 歯が痛い、しみる。 2. むし歯の治療をしてほしい。 3. はぐきがはれている。 4. 口の中にはれものがある。 5. 歯がぐらぐらする。 6. いれ歯が合わない。 7. 食べ物がよくかめない、よく飲み込めない。 8. その他（ ）
以前の 歯科治療経験	・歯を抜いたことは 有る ・ ない ・歯の治療中に異常を覚えたことは 有る ・ ない
現在治療中の病気	ない・ある【高血圧・心臓病・糖尿病・その他（ ）】 医療機関名（ ） 主治医（ ）☎
診査希望日	月 日（午前・午後） ※必ず希望日に診査できるとは限りません。
※訪問歯科診査は	1. 今回初めて 2. ()回目〔最も近い利用日 〕