

## すこやか歯科健診受診券 送付依頼書

- 本書の作成にあたり、あらかじめご本人の同意を確認し、下記にチェックをいれてください。  
※ご同意いただけない場合はお申込みいただけません。

- 健診結果を担当のケアマネジャー(あんしんすこやかセンターの職員)に共有することに同意します。  
 口腔ケア推進等のため、健診結果を統計データとして活用することに同意します。

### (1)受診者

フリガナ  
氏名:

生年月日: 大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)

住 所: 世田谷区

電話番号:

### (2)要支援・要介護の認定状況 ※該当するものに○をつけてください。

要支援: 1・2 要介護: 1・2・3・4・5

認定を受けていない

### (3)担当者

フリガナ  
氏名:

事業所名:

所在地:

電話番号: