

宛 先：大阪府歯科医師会学術地域保健課
 F A X：06-6774-0488

障がい者歯科治療相談受付票(F A X用)

※①～⑪にご記入ください

① 送 信 日 時	平成 年 月 日 / 午前・午後 時		
② ご 連 絡 方 法	お電話・F A X・その他 ()		
③ F A X 番 号	() -		
④ 電 話 番 号	() -		
ふ り が な ⑤ 相 談 者 氏 名			
⑥ 相 談 者 と 受 診 希 望 者 の 関 係	本人・家族(配偶者・親・子ども・兄弟姉妹・その他()) その他(施設等職員・市町村職員・保健所職員・その他())		
ふ り が な ⑦ 受 診 希 望 者 氏 名			
⑧ 性 別	男 ・ 女	⑨ 生年月日 (年 齢)	(昭和・平成) 年 月 日 (歳)
⑩ 障 が い 名	脳性麻痺・知的障がい・自閉症・ダウン症候群・てんかん・脳血管障がい後遺症 パーキンソン病・筋萎縮性側索硬化症(ALS)・認知症・視覚障がい・聴覚障がい その他 () 《身体障害者手帳》 視覚障害 級・聴覚平衡機能障害 級・内部障害 級 肢体不自由 級・音声言語咀嚼障害 級・心臓障害児 級 その他 () 級 《療育手帳》A ・ B 1 ・ B 2 首すわり(可・不可)・起座(可・不可)・歩行(可・不可)・うがい(可・不可) その他 ()		
⑪ お 困 り の こ と			