

対象者紹介一覧（平成30年度各務原市訪問口腔健診事業）

（ 枚目 / 枚中）

1	氏名	住所	生年月日	性別	電話番号
			MTS / /	男・女	() -
	要介護度	担当ケアマネ名	事業所名		事業所電話番号
	3・4・5				() -
	自宅駐車場	ある・状況()			

2	氏名	住所	生年月日	性別	電話番号
			MTS / /	男・女	() -
	要介護度	担当ケアマネ名	事業所名		事業所電話番号
	3・4・5				() -
	自宅駐車場	ある・状況()			

3	氏名	住所	生年月日	性別	電話番号
			MTS / /	男・女	() -
	要介護度	担当ケアマネ名	事業所名		事業所電話番号
	3・4・5				() -
	自宅駐車場	ある・状況()			

4	氏名	住所	生年月日	性別	電話番号
			MTS / /	男・女	() -
	要介護度	担当ケアマネ名	事業所名		事業所電話番号
	3・4・5				() -
	自宅駐車場	ある・状況()			

5	氏名	住所	生年月日	性別	電話番号
			MTS / /	男・女	() -
	要介護度	担当ケアマネ名	事業所名		事業所電話番号
	3・4・5				() -
	自宅駐車場	ある・状況()			

※「自宅駐車場」には、問題なく停められる場合は「ある」に丸を。問題がある場合は具体的な状況を記入ください。
ex. 軽なら庭先に停められる。近くのコインパーキングを利用すべき状況。近くに停めさせてもらえる知り合いあり…等。