

障害者等かかりつけ歯科医紹介事業 受付票

第1号様式

No. 1

受付日	こちらの欄は記入不要です。		受付者	
申込者	ふりがな	ハチオウジ タロウ		受診希望者との関係
	氏名	八王子 太郎		父
	連絡先	042 (999) 9999		
	緊急連絡先	090 (999) 9999		
受診希望者	ふりがな	ハチオウジ ハナコ		性別
	氏名	八王子 花子		女
	住所	八王子市元本郷町3-24-1		生年月日
	連絡先	042 (888) 8888		昭和2年2月2日
	緊急連絡先	080 (888) 8888		(#NUM! 歳)
受診希望者の 状況	症状 (主訴)	具体的な状況 <input checked="" type="checkbox"/> 痛み (入れ歯が合わず痛い。) <input checked="" type="checkbox"/> 腫れ (すれて腫れている。) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (入れ歯の調整をしてほしい。)		
	過去に受診した歯科	医療機関名 (八王子市歯科) 最終受診日 (平成20年5月5日) 所在地 (八王子市元本郷町) 電話番号 (620-7292)		
	障害 疾病 その他	<input checked="" type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> その他 内容 3年前、脳梗塞になったことにより、半身不随となり、その後、寝たきりの状態。		
	要介護度	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (3) <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 自立		
	食 事	<input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 ()		
	排 泄	<input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 ()		
	座 位	<input type="checkbox"/> 不可能 <input checked="" type="checkbox"/> 可能 (背もたれがあれば大丈夫)		
	通 院	<input checked="" type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 可能 ()		
	診察台への移動	<input checked="" type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 可能 ()		
	意思の疎通	<input type="checkbox"/> 困難 <input checked="" type="checkbox"/> 良好 ()		
	過去の病気	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (脳梗塞)		
	現在の病気	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (高血圧)		
	服用している薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (サゲールA錠(10mg)朝・夕、ピオフェルミン)		
	かかりつけ医療機関	医療機関名 (はちおうじ総合病院) 所在地 (八王子市元本郷町) 電話番号 (621-3111)		
	医師の意見書	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()		
健康保険証	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (理由:)			
手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (手帳の種類: 身障手帳) 等級 (1) 級・度			
訪問診療を実施する場合	都合が悪い曜日・時間 (月曜日10:00~16:00※デイサービス) 駐車場 (なし) (近くにコインパーキング 1H100円 あり)			
備 考	ケアマネージャー氏名 (山田 太郎) 連絡先電話番号 (620-9999) ケースワーカー氏名 () その他 ()			
紹介先	診療所名	こちらの欄は記入不要です。		所在地