

八王子市在宅要介護者等歯科診療受付票

No.

受付日	こちらの欄は記入不要です。		受付者
申込者	フリガナ	ハチオウジ タロウ	
	氏名	八王子 太郎	
	連絡先	042 (999) 9999	
	緊急連絡先	042 (999) 9999	
受診希望者	フリガナ	ハチオウジ ハナコ	
	氏名	八王子 花子	
	住所	八王子市元本郷町3-24-1	
	連絡先	042 (888) 8888	
	緊急連絡先	080 (888) 8888	
連絡先	1.申込者	2.受診希望者	3.その他 3.その他 [名前: 八王子 さくら 関係: 長女 連絡先: 070-777-7777]
受診希望者の状況	症状 (主訴)	具体的な状況 <input checked="" type="checkbox"/> 痛み <input checked="" type="checkbox"/> 腫れ <input checked="" type="checkbox"/> その他	[入れ歯が合わず痛い。 すれて腫れている。 入れ歯の調整をお願いしたい。]
	過去に受診した歯科	医療機関名 (八王子市歯科) 所在地 (八王子市元本郷町)	最終受診日 (令和2年5月5日) 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ぬより、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 (4) <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 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: 障害者手帳)	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 (無) (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 (千野 利休) 連絡先電話番号 (620-9999) ケースワーカー氏名 () 所属 () その他 ()		
紹介先	診療所名 () 所在地 ()	こちらの欄は記入不要です。	