

八王子市障害者歯科診療 申込票

申込日	平成 年 月 日 ()		
申込者	ふりがな		受診者との関係
	氏名		本人・受診者の () ・その他 () ↑父・母・子など
	電話	()	日中の連絡先 ()
受診者	ふりがな		性別
	氏名		男・女
	住所	生年月日 T・S・H 年 月 日 (歳)	
	電話	()	日中の連絡先 ()
主な介護者 (保護者)	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ(下欄記入不要)		
	氏名		受診者との関係 電話 ()
受診希望者の 状況	<input type="checkbox"/> 検診 希望する内容： <input type="checkbox"/> 治療 → 痛みや腫れがありますか？ 痛み(有・無) 腫れ(有・無) その他具体的状況 { }		
	障害や疾病の状況： <input type="checkbox"/> 身体 具体的状況(過去に病歴があればその病歴も) <input type="checkbox"/> 精神 { } <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> その他		
	通院時の付添い人： <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		通院時車椅子使用： <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
	通院手段： <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 施設の車 <input type="checkbox"/> 公共の交通機関		
	座 位： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		外 出： <input type="checkbox"/> 可(介助・車椅子・自立) <input type="checkbox"/> 不可
	診療台への移動： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
	意思疎通(会話)： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 困難		
	かかりつけ医療機関：		電話 ()
	かかりつけ歯科医院：		電話 ()
	紹介状(<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し)		
	過去に訪問診療を受けたことがあればその診療所名：		
	常用している薬： <input type="checkbox"/> 有り { } <input type="checkbox"/> 無し		
介護保険の要介護度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)			
健康保険証： <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 理由()			
訪問診療を 都合の悪い曜日・時間： 希望する場合 駐車場：			
備考 (要介護認定を受けている場合、ケアマネージャーの名前と電話番号を記入ください)			

こちらの申込票を地域医療政策課にFAX(621-0279)か郵送で提出してください。
記入内容を確認させていただき、当課からお電話で受診日程等を調整させていただきます。

【お問い合わせ】八王子市地域医療政策課
住所：〒192-8501 八王子市元本郷町3-24-1
電話：042-620-7292 FAX：042-621-0279