

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	ふりがな			受診希望者との関係
	氏名			
	連絡先	()		
	緊急連絡先	()		
受診希望者	ふりがな			性別
	氏名			
	住所			
	連絡先	()		生年月日
	緊急連絡先	()		(歳)
連絡先	1.申込者	2.受診希望者	3.その他	名前: _____ 関係: _____ 連絡先: _____ - _____
受診希望者の状況	症状 (主訴)	具体的な状況 () <input type="checkbox"/> 痛み () <input type="checkbox"/> 腫れ () <input type="checkbox"/> その他 ()		
	過去に受診した歯科	医療機関名 () 最終受診日 () 所在地 () 電話番号 ()		
	障害疾病その他	<input type="checkbox"/> 身体 内容 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> その他		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 自立		
	食事	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 ()		
	排泄	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 ()		
	座位	<input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 可能 ()		
	通院	<input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 可能 ()		
	診察台への移動	<input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 可能 ()		
	意思の疎通	<input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 良好 ()		
	過去の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
	現在の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
	服用している薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	かかりつけ医療機関	医療機関名 () 所在地 () 電話番号 ()		
	医師の意見書	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()		
健康保険証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (理由:)			
手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (手帳の種類:) 等級 () 級・度			
訪問診療を実施する場合	都合が悪い曜日・時間 () 駐車場 () ()			
備考	ケアマネージャー氏名 () 連絡先電話番号 () ケースワーカー氏名 () 所属 () 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 () () 先生