

在宅・障害者 診療受付票

受付日:平成 年 月 日 受付者: DH

氏 名		男 女	生年月日	明 治・大 正・昭 和・平 成 年 月 日生(歳)	
住 所	〒 東京都豊島区		電話番号		
電話申込者	氏名:		続柄: <input type="checkbox"/> 家族()同居・別居 <input type="checkbox"/> その他()		
	連絡先電話: 自宅 ()		会社 ()		
	携帯 ()		FAX ()		
主 訴	<input type="checkbox"/> 歯が痛い 具体的に <input type="checkbox"/> 義歯不調 具体的に その他()				
口腔内所見	義歯 有・無		かかりつけ歯科医		
全身疾患名			障害名	寝たきり時期 年 月 ~	
				発症時期 年 月 ~	
全身状態	服用薬				
かかりつけ内科医	医院・病院・診療所				
	主治医:Dr. 備考:				
介護保険	無・有 ()度	保険等	社保・国保・生保・障害者・後高		
手帳保持	<input type="checkbox"/> 愛の手帳()度 <input type="checkbox"/> 障害者手帳()級				
A D L	・歩行 () ・目 ()		・座位() ・耳()		・コミュニケーション() ・その他()
生活環境	家族構成: 主な介護者: <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> ヘルパー()				
希望日時	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり		曜日	午前・午後	時頃
訪問サービス	事業所名:		利用しているサービス・施設名		
	電話:				
	Fax:				
	ケアマネ:名前()				
「あぜりあ」を 何で知ったか	・紹介 <input type="checkbox"/> 友人・知人 具体的に <input type="checkbox"/> 行政 具体的に ・その他 <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 広報				
そ の 他					
担当Dr	Dr名:		電話番号()		予診日 月 日