

在宅・障害者 診療受付票

受付日:

年

月

日

受付者: DH

氏 名		男 女	生年月日	大 正・昭 和・平 成・令 和	
				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: ☐ 家族()同居・別居 ☐ その他()		
	連絡先電話: 自宅 () 会社 () 携帯 ()				
主 訴	☐ 歯が痛い 具体的に ☐ 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 ~	
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		
マイナンバーカード	無・有 暗証番号の件	負担割合	医→()割・介負→()割		
手帳保持	☐ 愛の手帳()度 ☐ 障害者手帳()級				
A D L	・歩行 () ・座位() ・コミュニケーション() ・目 () ・耳() ・その他()				
生活環境	家族構成: 主な介護者: ☐ 家族() ☐ ヘルパー()				
希望日時	☐ 希望なし ☐ 希望あり 曜日 午前・午後 時頃				
介護サービス	事業所名: 電話 FAX 担当ケアマネ: 様		利用しているサービス		
「あぜりあ」を 何で知ったか	・紹介 ☐ 友人・知人 具体的に ☐ 行政 具体的に ☐ その他 具体的に ☐ HP ☐ 広報				
そ の 他					
担当Dr	Dr名:		電話番号()	予診日 月 日	